

Manual

**Adherencia al tratamiento
antirretroviral en personas que
viven con VIH
2023**

Ministerio de Salud Pública



**Gobierno
del Ecuador**

**GUILLERMO LASSO
PRESIDENTE**

REGISTRO OFICIAL[®]

ÓRGANO DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR

SUMARIO:

Págs.

FUNCIÓN EJECUTIVA

ACUERDO:

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA:

00151-2023 Apruébese y autorícese la publicación del Manual “Adherencia al Tratamiento Antirretroviral en Personas que Viven con VIH”. 2

RESOLUCIÓN:

CONSEJO DE SEGURIDAD PÚBLICA Y DEL ESTADO:

COSEPE 47-01 Declárese la lucha contra la corrupción como objetivo primordial y estratégico del Estado, en razón de que atenta contra los elementos estructurales, en especial a la seguridad y desarrollo del pueblo ecuatoriano 61

No. 00151-2023

EL MINISTRO DE SALUD PÚBLICA

CONSIDERANDO:

- Que,** la Constitución de la República del Ecuador, en el artículo 3, numeral 1, ordena que es deber primordial del Estado, garantizar sin discriminación alguna el efectivo goce de los derechos establecidos en dicha Norma Suprema y en los instrumentos internacionales, en particular la salud;
- Que,** la citada Constitución de la República del Ecuador, manda: *“Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustenten el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional”;*
- Que,** la Norma Suprema, en el artículo 361, determina: *“(…) El Estado ejercerá la rectoría del sistema a través de la autoridad sanitaria nacional, será responsable de formular la política nacional de salud, y normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector (…)”;*
- Que,** el artículo 130 del Código Orgánico Administrativo establece: *“(…) Competencia normativa de carácter administrativo. Las máximas autoridades administrativas tienen competencia normativa de carácter administrativo únicamente para regular los asuntos internos del órgano a su cargo, salvo los casos en los que la ley prevea esta competencia para la máxima autoridad legislativa de una administración pública. La competencia regulatoria de las actuaciones de las personas debe estar expresamente atribuida en la ley”;*
- Que,** el artículo 2 de la Ley Orgánica de Salud dispone: *“(…) Todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud para la ejecución de las actividades relacionadas con la salud, se sujetarán a las disposiciones de esta Ley, sus reglamentos y las normas establecidas por la autoridad sanitaria nacional (…)”;*
- Que,** la citada Ley en el artículo 4, ordena que la Autoridad Sanitaria Nacional es el Ministerio de Salud Pública, entidad a la que corresponde el ejercicio de las funciones de rectoría en salud, así como la responsabilidad de la aplicación, control y vigilancia de dicha Ley, siendo

obligatorias las normas que dicte para su plena vigencia;

- Que,** la Ley Ibídem en el artículo 6, prevé entre las responsabilidades del Ministerio de Salud Pública: “(...) 5. Regular y vigilar la aplicación de las normas técnicas para la detección, prevención, atención integral y rehabilitación, de enfermedades transmisibles, no transmisibles, crónico-degenerativas, discapacidades y problemas de salud pública declarados prioritarios, y determinar las enfermedades transmisibles de notificación obligatoria, garantizando la confidencialidad de la información (...)”;
- Que,** la Ley Ibídem señala en su artículo 7: “(...) Toda persona, sin discriminación por motivo alguno, tiene en relación a la salud, los siguientes derechos, (...) e) Ser oportunamente informada sobre las alternativas de tratamiento, productos y servicios en los procesos relacionados con su salud, así como en usos, efectos, costos y calidad; a recibir consejería y asesoría de personal capacitado antes y después de los procedimientos establecidos en los protocolos médicos. (...)”;
- Que,** el artículo 201 de la Ley Orgánica de Salud determina: “(...) es responsabilidad de los profesionales de salud, brindar atención de calidad, con calidez y eficacia, en el ámbito de sus competencias, buscando el mayor beneficio para la salud de sus pacientes y de la población, respetando los derechos humanos y los principios bioéticos. (...)”;
- Que,** mediante Decreto Ejecutivo N° 485 de 7 de julio de 2022, publicado en el Segundo Suplemento del Registro Oficial No 111 de 22 de julio del mismo año, el Presidente de la República del Ecuador nombró al Dr. José Leonardo Ruales Estupiñán, en calidad de Ministro de Salud Pública;
- Que,** Mediante Acuerdo Ministerial N°. 00023-2022 publicado en el Quinto Suplemento del Registro Oficial N° 160 del 30 de septiembre de 2022, se expidió la Reforma Integral a la “REFORMA AL ESTATUTO ORGÁNICO SUSTITUTIVO DE GESTIÓN ORGANIZACIONAL POR PROCESOS DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA”, del cual se desprenden las atribuciones y responsabilidades de la Dirección Nacional de Políticas, Normatividad y Modelamiento de Salud entre las que están: “Desarrollar, revisar, evaluar y proponer las normas técnicas, reglamentos, manuales, protocolos clínicos, guías de práctica clínica y otras normativas para el Sistema Nacional de Salud, acorde a los lineamientos y prioridades estratégicas establecidas”
- Que,** en Informe Técnico No. ENVIH-2022-141 de 28 de noviembre de 2022, aprobado por el PhD. Francisco Pérez, en calidad de Subsecretario de Vigilancia, Promoción y Control de la Salud y el Mgs. Andrés Viteri, en calidad de Director Nacional de Políticas, Normatividad y Modelamiento de Salud, consta en su parte conclusiva: “(...) Los procesos de revisión, validación y los aportes emitidos por los expertos desde las distintas instancias del Ministerio de Salud Pública, la academia y organizaciones de sociedad civil, permitieron elaborar un documento basado en la mejor evidencia, que permitirá la orientación en la

adherencia a los antirretrovirales, a los profesionales de salud que atienden personas viviendo con VIH. El manual no solo se debe tomar como un documento normativo, sino que su implementación responde a garantizar el derecho al acceso a la salud con una atención digna y de calidad (...)”;

Que, en el Informe ibídem concluye, que *“Los procesos de revisión, validación y los aportes emitidos por los expertos desde las distintas instancias del Ministerio de Salud Pública, la academia y organizaciones de sociedad civil, permitieron elaborar un documento basado en la mejor evidencia, que permitirá la orientación en la adherencia a los antirretrovirales, a los profesionales de salud que atienden personas viviendo con VIH.”*, y que, *“El manual no solo se debe tomar como un documento normativo, sino que su implementación responde a garantizar el derecho al acceso a la salud con una atención digna y de calidad.”* ;

Que, mediante memorando Nro. MSP-VGS-2023-0036-M de fecha 11 de enero de 2023, la Mgs. María Gabriela Aguinaga en calidad de Viceministra de Gobernanza de la Salud solicitó al Coordinador General de Asesoría Jurídica: *“(…) sirva disponer a quien corresponda se realicen los trámites necesarios para expedir el "Manual de adherencia al tratamiento antirretroviral en personas que viven con VIH", misma que tiene por objetivo proporcionar lineamientos técnicos a los profesionales de la salud que brindan atención a personas que viven con VIH/sida para mejorar la adherencia a la terapia antirretroviral, logrando con ello el cumplimiento de los objetivos terapéuticos. Con este antecedente me permito remitir en adjunto el Manual e informe técnico con las respectivas sumillas (...)*” ; y,

EN EJERCICIO DE LAS ATRIBUCIONES CONFERIDAS POR LOS ARTÍCULOS 154, NUMERAL 1 DE LA CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR Y 130 DEL CÓDIGO ORGÁNICO ADMINISTRATIVO

ACUERDA:

Artículo 1.- Aprobar y autorizar la publicación del Manual denominado *“Adherencia al tratamiento antirretroviral en personas que viven con VIH”*.

Artículo 2.- Disponer que el Manual *“Adherencia al tratamiento antirretroviral en personas que viven con VIH”*, sea de cumplimiento obligatorio por todos los profesionales de la salud del Sistema Nacional de Salud.

Artículo 3.- Publicar el Manual *“Adherencia al tratamiento antirretroviral en personas que viven con VIH”*, en la página web del Ministerio de Salud Pública.

DISPOSICIÓN FINAL

De la ejecución del presente Acuerdo Ministerial que entrará en vigencia a partir de su publicación en el Registro Oficial, encárguese a la Subsecretaría de Rectoría del Sistema Nacional de Salud, a través de las instancias competentes; la Subsecretaría de Vigilancia, Prevención y Control de la Salud, a través de la Estrategia Nacional de VIH/sida-ITS y Proyecto de Prevención y Control de VIH/sida-ITS.

Dado en el Distrito Metropolitano de Quito a, 09 JUN. 2023



Firmado electrónicamente por:
JOSE LEONARDO
RUALES ESTUPINAN



Dr. José Ruales Estupiñán
MINISTRO DE SALUD PÚBLICA


Razón: Certifico que el presente documento es materialización del Acuerdo Ministerial Nro. 00151-2023, dictado y firmado por el señor Dr. José Leonardo Ruales Estupiñan, **Ministro de Salud Pública**, el 09 de junio de 2023.

El Acuerdo en formato digital se custodia en el repositorio de la Dirección de Gestión Documental y Atención al Usuario al cual me remitiré en caso de ser necesario.

Lo certifico.-



Mgs. Cecilia Ivonne Ortiz Yépez
DIRECTORA DE GESTIÓN DOCUMENTAL Y ATENCIÓN AL USUARIO
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA



Manual

**Adherencia al tratamiento
antirretroviral en personas que
viven con VIH
2023**

Ministerio de Salud Pública



**Gobierno
del Ecuador**

**GUILLERMO LASSO
PRESIDENTE**

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. “*Adherencia al tratamiento antirretroviral en personas que viven con VIH*”. Manual. Quito: Ministerio de Salud Pública, Subsecretaría de Vigilancia, Prevención y Control de la Salud, Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control para Enfermedades Transmisibles-MSP; 2023.

1. Infección por VIH
2. Salud Pública
3. Adherencia al tratamiento
4. Tratamiento antirretroviral

Ministerio de Salud Pública
Av. Quitumbe Ñan y Av. Amaru Ñan, Quito 170146
Plataforma Gubernamental de Desarrollo Social
Teléfono: 593-2 381 4400
www.salud.gob.ec

Edición General: Dirección Nacional de Políticas, Normatividad y Modelamiento de Salud.



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-Compartir Igual 4.0 Internacional, y puede reproducirse libremente citando la fuente sin necesidad de autorización escrita, con fines de enseñanza y capacitación no lucrativas, dentro del Sistema Nacional de Salud.

Como citar esta obra: Ministerio de Salud Pública del Ecuador. “*Adherencia al tratamiento antirretroviral en personas con VIH*”. Manual. Quito: Subsecretaría de Vigilancia, Prevención y Control de la Salud, Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control para Enfermedades Transmisibles, MSP; 2023.

Autoridades

Dr. José Leonardo Ruales Estupiñán, Ministro de Salud Pública del Ecuador.

Mgs. María Gabriela Aguinaga Romero, Viceministra de Gobernanza de la Salud.

Mgs. Andres Alejandro Viteri Garcia, Subsecretario de Rectoría del Sistema Nacional de Salud.

PhD. Raúl Francisco Pérez Tasigchana, Subsecretario de Vigilancia, Prevención y Control de la Salud.

Mgs. Andrea Cristina Bersosa Webster, Subsecretaria de Promoción, Salud Intercultural e Igualdad.

Dr. Jaen Carlos Cagua Ordoñez, Director Nacional de Estrategias de Prevención y Control para Enfermedades Transmisibles.

Mgs. Indira Elizabeth Proaño Rosero, Director Nacional de Políticas, Normatividad y Modelamiento de Salud, Encargada.

Mgs. Rodrigo Reinaldo Tobar Robalino, Responsable de la Estrategia Nacional de VIH/sida-ITS y Gerente del Proyecto de Prevención y Control del VIH/sida-ITS.

Equipo de redacción y autores

Edison Daniel Lizano Aráuz. Médico, Especialista de Grupos Prioritarios, Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control para Enfermedades Transmisibles, Ministerio de Salud Pública, Quito.

Mónica Alejandra Molina Páez. Médico, Responsable de componente Materno Infantil, Proyecto de Prevención y Control del VIH/sida-ITS, Ministerio de Salud Pública, Quito.

María Gabriela Yerovi Naranjo, Médico, Responsable de componente Atención Integral, Proyecto de Prevención y Control del VIH/sida-ITS, Ministerio de Salud Pública, Quito.

Mayra Elizabeth Granja Acosta, Psicóloga Clínica, Especialista de Grupos de Atención Prioritaria, Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control para Enfermedades Transmisibles, Quito.

Marcela Virginia Salazar Cedillo, Química Farmacéutica, Especialista de Enfermedades Infecciosas con Potencial Epidémico y Pandémico, Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control para Enfermedades Transmisibles, Ministerio de Salud Pública, Quito.

Viviana Verónica Allauca Chávez, Doctora en Bioquímica y Farmacia, Responsable de dispositivos médicos, Estrategia Nacional de VIH/sida-ITS, Ministerio de Salud Pública, Quito.

Diana Elizabeth Iglesias Zambrano, Médico, Responsable de Vigilancia Epidemiológica de VIH, Proyecto de Prevención y Control del VIH/sida-ITS, Ministerio de Salud Pública, Quito.

Fernanda Vanessa Velez Cevallos, Responsable de Sistema Estratégicos de Salud, Monitoreo y Evaluación, Proyecto de Prevención y Control del VIH/sida-ITS, Ministerio de Salud Pública, Quito.

Equipo de colaboradores

Juan Marcos Parise Vasco, Magister en Epidemiología con mención en Investigación Clínica Aplicada, Consultor, Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Marina Isabel Hernández Guerrón, Magister en Salud Pública, Consultora.

Equipo de revisión y validación

Sofía Pozo, Licenciada en Ciencias de la Enfermería, Dirección Nacional de Políticas, Normatividad y Modelamiento de Salud, Ministerio de Salud Pública, Quito.

Verónica Pinto, Médica Especialista en Medicina Interna, Hospital San Vicente de Paul, Ibarra.

Washington Pulecio, Magister en Medicina Tropical, Hospital Padre Alberto Buffoni, Quinindé.

Nieve Arroyo, Licenciada en Enfermería, responsable de la estrategia de VIH Distrito 08D05, San Lorenzo.

Carmen Correa, Licenciada en Enfermería, Hospital José María Velasco Ibarra, Tena.

Adrián Díaz, Médico Especialista en Medicina Interna, Hospital José María Velasco Ibarra, Tena.

Paula Cargua, Licenciada en Enfermería Especialista en Salud Mental y Psiquiatría, Hospital General de Riobamba, Riobamba.

Beatriz Venegas, Magister en Enfermería Quirúrgica, Hospital Docente de Ambato, Ambato.

Silvia Balarezo, Licenciada en Enfermería, Hospital Rodríguez Zambrano, Manta.

Mauricio Palacios. Médico Especialista en Enfermedades Infecciosas, Hospital de Especialidades de Portoviejo, Portoviejo.

Lilia Anguisaca, Licenciada en Enfermería, Hospital León Becerra Camacho, Milagro.

María Tumbaco, Médico, Hospital Liborio Panchana, Santa Elena.

Cristina Morillo, Médico, Hospital Sagrado Corazón de Jesús, Quevedo.

Natalia Torres, Psicóloga Clínica, Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca.

Lourdes Gonzales, Médico, Hospital Homero Castanier, Azogues.

Gina Pizarro, Licenciada en enfermería, Hospital Teófilo Dávila, Machala.

Sara Lucero, Licenciada en enfermería, Hospital Isidro Ayora, Loja.

Gina Eras, Psicóloga Clínica, Hospital General Guasmo Sur, Guayaquil.

Surian Rodríguez, Farmaco-epidemióloga, Hospital Universitario de Guayaquil, Guayaquil.

Juana Vanegas, Psicóloga Clínica, Centro de Salud Tipo C – El Recreo, Durán.

Teresa Cobos, Médica Especialista en Medicina Interna, Hospital de Infectología José Rodríguez Maridueña, Guayaquil.

Katerine Murillo. Psicóloga Clínica, Hospital Monte Sinaí, Guayaquil.

Silvana Alcívar. Química Farmacéutica, Hospital Francisco Icaza Bustamante, Guayaquil.

Nancy Espinosa. Licenciada en Enfermería, Hospital Docente de Calderón, Quito.

Catalina Meneses, Especialista en Gerencia de la Salud, Hospital General Enrique Garcés, Quito.

Martha Aleaga, Licenciada en Enfermería, Hospital de Especialidades Eugenio Espejo, Quito.

Ivonne Párraga, Psicóloga Clínica, Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo, Guayaquil.

Andrea Rodas Medina, Médico Infectólogo, Hospital José Carrasco Arteaga, Cuenca.

Andrea Montalvo Ordóñez, Médico General, Analista Coordinación Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud de Pichincha, Quito.

María Emilia Morán, Médico General, Analista de la Coordinación Nacional de Vigilancia Epidemiológica del Seguro de Salud, Quito.

Freddy Mauricio Torres, Médico Internista, Hospital de Especialidades Carlos Andrade Marín, Quito.

Fausto Vargas Sandoval, Abogado, Secretario General de la Coalición ecuatoriana de personas que viven con VIH (CEPVVS), Quito.

José Jouvin Martillo, Magíster en Gerencia de Servicios de Salud, Decano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, Guayaquil.

Tabla de contenido

1.	Presentación.....	9
2.	Introducción.....	10
3.	Antecedentes y justificación.....	11
4.	Objetivos.....	12
4.1.	Objetivo general.....	12
4.2.	Objetivos específicos.....	12
5.	Alcance.....	12
6.	Glosario de términos.....	12
7.	Estrategia de preparación al paciente para la adherencia al tratamiento antirretroviral	16
7.1.	Valoración inicial del paciente.....	16
7.1.1.	Valoración e identificación de factores que influyen la adherencia.....	16
7.2	Identificación de barreras que comprometen la adherencia.....	24
7.2.1	Problemas de comunicación.....	24
7.2.2	Nivel de alfabetización.....	24
7.2.3	Desconocimiento sobre la enfermedad y dudas de la efectividad del TARV.....	25
7.2.4	Situaciones de movilidad humana, casas de acogida y personas en situación de calle.....	25
7.2.5	Abuso de alcohol y otras drogas.....	25
7.2.6	Problemas de salud mental.....	26
7.3	Equipo multidisciplinario para mejorar la adherencia al TARV.....	26
7.3.1	Actividades que realiza el médico/a.....	27
7.3.2	Actividades de la enfermera/o.....	27
7.3.3	Actividades del profesional farmacéutico.....	28
7.3.4	Actividades del psicólogo clínico.....	28
8.	Adherencia a la terapia antirretroviral.....	29
8.1.	Infección por VIH y terapia antirretroviral.....	29
8.1.1	Meta de la TARV.....	30
8.1.2	Resistencia viral.....	30
8.2	Adherencia.....	31
8.2.1	Falta de adherencia.....	31
8.2.2	Métodos para valorar la adherencia a los antirretrovirales.....	32
8.2.3	Herramientas para mejorar la adherencia.....	36
9.	Asesoramiento continuo para la adherencia.....	38
9.1	Asesoramiento, seguimiento y apoyo continuo.....	38
9.1.1	Sesión de asesoría de seguimiento.....	39
10.	Abreviaturas.....	41
11.	Referencias.....	42

12. Anexos	48
Anexo 1: Atributos de un buen asesor durante la adherencia	48
Anexo 2: Técnicas efectivas para la asesoría	49
Anexo 3: Evaluación de adherencia terapéutica – Test Morisky Green	51
Anexo 4: Lista de chequeo para el asesor.....	52

Índice de tablas

Tabla 1. Evaluación de la predisposición de las PVV	19
Tabla 2. Conteo de linfocitos T CD4+	22
Tabla 3. Importancia de la medición de carga viral en adherencia	23
Tabla 4. Factores comúnmente relacionados con la no adherencia al TARV	31
Tabla 5. Métodos de adherencia directos	32
Tabla 6. Cuestionario de Adherencia SMAQ	36
Tabla 7. Herramientas para mejorar la adherencia	37

Índice de ilustraciones

Ilustración 1. Factores que influyen la adherencia	16
Ilustración 2. Equipo multidisciplinario para mejorar la adherencia al TARV	26

1. Presentación

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador como ente rector del Sistema Nacional de Salud ratifica su compromiso en la construcción y actualización de estrategias para la prevención y control del Virus de Inmunodeficiencia Humana, así como en la formulación y coordinación interinstitucional e intersectorial en políticas, planes y proyectos por ciclos de vida, que son de importancia para la salud pública en el ámbito de las prioridades sanitarias nacionales, asegurando la inclusión en la gestión institucional de quienes viven con este virus.

Los primeros casos de VIH en el Ecuador fueron detectados en 1984, los mismos que durante la siguiente década se incrementaron de manera exponencial, así como su mortalidad. Sin embargo, con el apareamiento de nuevas familias de antirretrovirales y la evolución de esquemas de tratamiento se ha controlado la replicación del virus, y disminuido la morbimortalidad de las personas infectadas, así como la transmisión del virus. Un pilar esencial para que estos resultados ocurran es la adherencia adecuada a la terapia antirretroviral, siendo esta la clave del éxito terapéutico. En este contexto es importante la elaboración de un manual de adherencia a los antirretrovirales que permita a los profesionales del Sistema Nacional de Salud que atienden a personas que viven con VIH, evaluar la adherencia al tratamiento desde un punto de vista humano e implementar estrategias eficaces que beneficien al usuario con el propósito de mejorar su calidad y esperanza de vida.

El impacto que se alcance con la aplicación adecuada de los contenidos de este manual se traducirá en menos hospitalizaciones y muertes por sida, así como en la intransmisibilidad de este virus. Por ello, es un documento que debe ser aplicado en la práctica diaria en las Unidades de Atención Integral de VIH como una herramienta de consulta y estandarización de procedimientos.

Dr. José Ruales

Ministro de Salud Pública del Ecuador

2. Introducción

El virus de inmunodeficiencia humana (VIH) es un retrovirus, cuya infección en los seres humanos provoca un cuadro clínico sindrómico de evolución prolongada, que al alcanzar su fase final provoca el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida).(1) La infección causada por el VIH se caracteriza por producir una lenta, pero continua destrucción del sistema inmune mediante múltiples mecanismos, siendo los linfocitos CD4+ la diana más importante.(2)

La Constitución de la República del Ecuador, en su artículo 3, numeral 1, establece que uno de los deberes primordiales del Estado es *“Garantizar sin discriminación alguna, el efectivo goce de los derechos establecidos en dicha Norma Suprema y en los instrumentos internacionales, en particular la salud”*.(3) En este sentido el Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP) ha brindado la respuesta requerida de acuerdo a los avances científicos para enfrentar a este virus, es así que en el transcurso del tiempo ha implementado estrategias para su control como la actualización periódica de la guía de práctica clínica de prevención, diagnóstico y tratamiento de VIH;(2) adquisición de dispositivos médicos para diagnóstico *in vitro*, insumos de laboratorio, y medicamentos para su tratamiento; capacitación permanente al personal de salud para atender y realizar un seguimiento adecuado a los pacientes. Esto con el único fin de brindar una calidad de vida óptima, así como extender el promedio de vida en las personas que viven con VIH (PVV).(4)

En este contexto, el lograr una adherencia al tratamiento antirretroviral (TARV) es un factor determinante para llegar a la carga viral suprimida (<1000 copias) en las personas que viven con VIH, lo que se traduce en una reducción significativa de fracaso terapéutico y la progresión de la enfermedad a la etapa sida.(5) De igual manera, la adherencia al tratamiento es esencial para las personas que han estado expuestas y en riesgo de infectarse con VIH y usan antirretrovirales como profilaxis para evitar la infección.(6,7) En ambos casos la adherencia al TARV impacta en la epidemia.(2)

Tanto los pacientes como los proveedores de atención médica enfrentan desafíos importantes con respecto a la adherencia al tratamiento antirretroviral, debido a que el VIH requiere una terapia de por vida que consiste en la ingesta de varios medicamentos más de dos veces al día asociado a diferentes instrucciones dietéticas y controles de salud periódicos.(8) Adicionalmente, las reacciones adversas y efectos secundarios de los medicamentos que se presentan de forma temporal o permanente y que inclusive obligan un cambio de tratamiento generan una adherencia incorrecta.(9) Una adherencia inadecuada al tratamiento se asocia con cargas virales detectables, disminución de recuentos de linfocitos CD4, progresión de la enfermedad, episodios de infecciones oportunistas y, por ende, peores resultados en salud.(10)

Ante el contexto expuesto, el MSP con el propósito de mejorar la adherencia a los antirretrovirales de las personas viviendo con VIH, ha elaborado el presente manual con el fin de fortalecer los conocimientos del personal de salud (médicos especialistas, médicos generales, enfermeras, químicos farmacéuticos, psicólogos, trabajadores sociales y personal inmerso en atención a PVV) en la promoción e intervención de la adherencia al tratamiento, así como en la detección del riesgo de abandono al TARV.

3. Antecedentes y justificación

La respuesta nacional al VIH/sida en el Ecuador responde a compromisos mundiales acordados a través de metas establecidas por los países miembros del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA). En el año 2021 se estableció los objetivos 95-95-95 de diagnóstico, tratamiento y supresión de la carga viral de VIH, con el propósito de mitigar la epidemia de sida para el año 2030.(11) Esto implica una triple meta que persigue que el 95 % de la población que vive con VIH conozca su estado serológico o tenga un diagnóstico confirmado hasta el año 2030, que el 95 % de estas personas se encuentre con tratamiento antirretroviral, y que el 95 % de las PVVs que se encuentre en tratamiento antirretroviral presenten una carga viral suprimida.(11) Dentro de este marco, en el año 2020 el Ecuador reportó 42 503 casos de personas que conocen su estado, de los cuales 33 894 personas que viven con VIH (79,74 %) se encuentran recibiendo terapia antirretroviral, y de ellos 27 264 (80,44 %) han alcanzado una carga viral suprimida, adicionalmente, existe una tasa de mortalidad por sida de 4,8 por cada 100 000 habitantes.(4)

El esfuerzo y compromiso de los países implica no solo un involucramiento de los Estados en garantizar un financiamiento sostenible y continuo sino también una serie de acuerdos y la debida abogacía que permita alcanzar estas metas en el tiempo establecido, sin importar la línea política de turno. Estos compromisos implican el abordar al VIH desde distintas perspectivas y enfoques, siendo hoy por hoy el modelo recomendado el manejo del VIH desde y a través del nivel comunitario.(11)

En los últimos años, las estrategias de tratamiento para la infección por VIH han cambiado rápidamente, junto con la presencia de nuevos antirretrovirales que han generado el paso de la monoterapia y la doble terapia hasta el uso de terapias triples o terapia antirretroviral de tres o más medicamentos, que en la actualidad se constituyen en un tratamiento estándar.(12) Una de las principales preocupaciones frente a estos tratamientos es la capacidad de las personas que viven con VIH cumplan prolijamente con la adherencia al tratamiento a largo plazo, ya que para conseguir una carga viral indetectable en sangre es vital que mantengan más del 90 a 95 % de adherencia a su tratamiento.(8)

En la adherencia al TARV no se considera únicamente la capacidad del paciente para cumplir con el tratamiento terapéutico, sino que además incluye indicaciones sobre alimentación, actividad y otros medicamentos.(13) El personal de salud debe comprender que una vez iniciado el TARV, este es de por vida y que las características de los componentes propios de la terapia como la toma de medicamentos hasta cuatro veces al día y sus efectos secundarios son limitantes que afectan la adherencia.(14) Una inadecuada adherencia al tratamiento se asocia con cargas virales detectables, disminución de recuentos de CD4, progresión de la enfermedad, y presencia de episodios de infecciones oportunistas ingresando a una etapa sida la cual en su mayoría concluye con lesiones de órganos permanentes o inclusive hasta la muerte.(8)

En el año 2021 se realizó en el Ecuador el diagnóstico situacional en los Hospitales de segundo y tercer nivel que cuentan con Unidades de Atención Integral de VIH (UAI), donde se expende la terapia antirretroviral para las personas viviendo con VIH, se concluyó que la falta de adherencia al TARV o no adherentes al tratamiento se encuentra entre el 43,8 % hasta el 56,3 %.(14) Esto evidencia que actualmente existe una deficiencia en las estrategias utilizadas para motivar a los usuarios a la adherencia en el tratamiento; la elaboración de este manual servirá como

herramienta para orientar a los profesionales de la salud en cómo promover la adherencia al TARV en sus pacientes.

4. Objetivos

4.1. Objetivo general

Proporcionar lineamientos técnicos a los profesionales de la salud que brindan atención a personas que viven con VIH/sida para mejorar la adherencia a la terapia antirretroviral, logrando con ello el cumplimiento de los objetivos terapéuticos.

4.2. Objetivos específicos

- Sintetizar información básica de los retos sobre la adherencia al tratamiento con antirretrovirales en el marco de la atención integral que se brindará al usuario.
- Identificar técnicas para mejorar la adherencia a la terapia antirretroviral.
- Establecer directrices para valorar la adherencia a la terapia antirretroviral.
- Proporcionar al personal de salud herramientas para el asesoramiento continuo en la adherencia al tratamiento antirretroviral en personas con VIH/sida.

5. Alcance

El presente manual está dirigido a todos los profesionales de salud que brindan atención a personas que viven con VIH. Este documento se empleará en establecimientos de salud de la Red Pública Integral de Salud y Red Privada Complementaria de Salud.

6. Glosario de términos

Adherencia al tratamiento: se define como el grado en el que la conducta de un paciente en relación con la toma de medicamentos, el seguimiento y una dieta o la modificación de hábitos de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario.(15)

Abandono de tratamiento antirretroviral: se define como la interrupción de la TARV debido a la falta de adherencia o inasistencia a la consulta médica por un periodo de 6 meses, lo cual acelera la progresión de la enfermedad con el riesgo de sufrir patologías derivadas y hasta la muerte.(15)

Antirretrovirales (ARV): medicamento empleado para impedir la multiplicación de un retrovirus. Por lo general, el término se refiere a los medicamentos antirretrovirales contra el VIH.(16)

Atención farmacéutica: es la asistencia al paciente por parte del químico farmacéutico o bioquímico farmacéutico en el seguimiento del tratamiento farmacoterapéutico, dirigido a contribuir con el médico y otros profesionales de salud en la consecución de los resultados previstos y en el logro del máximo beneficio terapéutico.(15)

Atención integral: se define como el conjunto de acciones coordinadas con el fin de satisfacer las necesidades esenciales del usuario para mejorar su calidad de vida y reducir la morbi - mortalidad.(15)

Automedicación: se define como el uso de medicamentos, sin receta médica, por iniciativa propia del individuo.(17)

Barrera genética: Conjunto de mutaciones necesarias para que el VIH genere resistencia a un antirretroviral. Si un fármaco tiene una barrera genética alta será más improbable el desarrollo de resistencia por parte del VIH (y tardará más tiempo en aparecer) que si tiene una barrera genética baja.(18)

Carga viral indetectable: Cuando la concentración del VIH en la sangre es demasiado baja para detectarla con una prueba de la carga viral (ARN del VIH), esto suele suceder cuando el valor es < 50 c/ml). La carga viral de una persona se considera "indetectable de forma prolongada" cuando se mantiene así por un mínimo de seis meses después de haber obtenido ese resultado en la prueba correspondiente por primera vez.(19)

Carga viral (CV) o viremia: es la cantidad de virus (número de copias de ARN) que existe en una muestra biológica (por lo general plasma o suero) y que se expresa como número de copias de ARN viral/mililitro o en logaritmos decimales.(20) Existen diferentes técnicas (PCR, bADN, NASBA), las cuales detectan y cuantifican el subtipo B, que es el más prevalente en nuestro medio, así como los subtipos circulantes más frecuentes.(21,22)

Coinfección: La coinfección es la infección simultánea de un huésped por parte de múltiples agentes patógenos. En el campo de la virología, la coinfección implica la infección simultánea de una sola célula por parte de dos o más partículas virales.(23)

Confidencialidad: Es el derecho que tienen los pacientes a que los profesionales de la salud que tengan conocimientos de sus datos íntimos no puedan revelarlos ni utilizarlos sin su autorización expresa.(24) En el reglamento para el manejo de la información confidencial en el Sistema Nacional de Salud refiere que es la cualidad o propiedad de la información que asegura un acceso restringido a la misma, solo por parte de las personas autorizadas para ello. Implica el conjunto de acciones que garantizan la seguridad en el manejo de esa información.(25,26)

Enfermedad oportunista: Se definen como aquellas infecciones que ocurren debido a bacterias, hongos, virus u organismos comensales que normalmente habitan en el cuerpo humano y no causan una enfermedad en personas sanas, pero se vuelven patogénicas cuando el sistema inmunitario del cuerpo está afectado.(27)

Estigma: se describe como el proceso dinámico de devaluación que desacredita de forma significativa a una persona a los ojos de las demás. Algunos atributos son alabados en determinadas culturas o escenarios, mientras que en otras son considerados deshonorosos o indignos. El resultado del estigma es la discriminación, la cual puede desarrollarse en forma de acciones u omisiones.(28)

Discriminación: se refiere a cualquier forma de distinción, exclusión o restricción arbitraria que afecte a una persona; normalmente, aunque no siempre, se ve motivada por una característica propia de una persona o por su pertenencia a un grupo determinado (en el caso del sida, la confirmación o sospecha del estado

serológico positivo al VIH), independientemente de si tales medidas están justificadas o no. La discriminación constituye una violación de los derechos humanos.(28)

Éxito terapéutico antirretroviral: Se considera cuando se cumple los objetivos de disminuir la carga viral y el aumento de los linfocitos T CD4, para recuperar las condiciones inmunológicas, mediante la toma de medicamentos antirretrovirales, con consecuencias favorables en la calidad y expectativa de vida en las personas viviendo con VIH.(29)

Interacción medicamentosa: Cambio en el efecto de un medicamento en el cuerpo cuando se toma junto con otro. Una interacción de un medicamento con otro puede demorar, disminuir o intensificar la absorción de cualquiera de los medicamentos. Esto puede disminuir o aumentar la acción de cualquiera de los dos medicamentos o causar efectos adversos.(19)

Linfocitos CD4+: son una subpoblación de los linfocitos T conocida como linfocitos T colaboradores, los cuales se definen fenotípicamente por expresar en su superficie moléculas CD4+, las cuales son designadas así por el *cluster* de diferenciación o número de CD, que funciona como el principal receptor celular del VIH.(10,30)

Fracaso clínico: se refiere a eventos nuevos o recurrentes que indican inmunodeficiencia grave después del tratamiento ARV efectivo igual o más de 6 meses. La falla clínica puede ser un signo muy tardío de falla virológica.(31)

Fracaso inmunológico: situación en la que un paciente mantiene valores de CD4+ por debajo de 250 células/ml seguido de fallo clínico o persistencia de niveles de CD4+ menores a 100 células/ml.(31)

Fracaso virológico: se refiere a la incapacidad de lograr o mantener la supresión viral por debajo de cierto umbral. Los criterios de fracaso virológico son variados. La Sociedad Clínica Europea del SIDA (EACS) define como “supresión incompleta” a la presencia de CV > 200 copias/mL seis meses después de comenzar el tratamiento en personas no tratados nunca previamente y “rebote” cuando la CV es > 50 copias/mL en personas con CV indetectable previamente. Los estándares latinoamericanos han llegado al acuerdo de considerar como fracaso virológico cuando se obtiene CV >200 copias/mL en dos determinaciones consecutivas, criterio que será acogido también en el presente manual. La realización de una segunda CV en 30 o 60 días, permite descartar la presencia de viremia transitoria (“*blips*”).(32,33)

Poblaciones clave: es un grupo que tiene un alto riesgo de adquirir VIH en todos los entornos epidémicos; que con frecuencia se enfrenta a desafíos legales y sociales, que incrementan su vulnerabilidad al VIH; incluidas las barreras para acceder a la prevención del VIH, tratamiento y otros servicios de salud. Las poblaciones clave incluyen: hombres que tienen sexo con hombres, usuarios de drogas intravenosas, trabajadoras/es sexuales, personas privadas de la libertad y transgéneros.(31)

Grupos de atención prioritaria: se refiere al grupo de personas que son susceptibles al VIH en ciertas situaciones o contextos, como los adolescentes, los huérfanos, las personas con discapacidad y los trabajadores migrantes y móviles; pudiendo ser parte de este grupo, algunos de los que pertenecen a las poblaciones clave; sin embargo se debe evitar el uso de estos términos, ya que se da a entender

que el riesgo está contenido dentro del propio grupo, mientras que, de hecho, todos los grupos sociales están interrelacionados. El uso del término “alto riesgo” puede inducir a un falso sentido de seguridad entre las personas que desarrollan comportamientos de riesgo, pero que, sin embargo, no se identifican con estos grupos. No existe uniformidad en la afectación de estas poblaciones en todos los países, por lo cual es necesario que cada país o región defina las mismas según su realidad.(28)(28,31)

Resistencia del VIH a las drogas: se define como aquel cambio en la estructura genética del VIH que afecta la capacidad de un fármaco en particular o una combinación de fármacos para bloquear la replicación del virus.(34)

Seroconversión: se refiere al desarrollo de anticuerpos detectables contra antígenos del VIH. El momento de la seroconversión después de la infección por el VIH depende de la sensibilidad de la prueba serológica utilizada. A medida que las pruebas serológicas son cada vez más sensibles, la mayoría de las personas infectados por el VIH han documentado seroconversión durante la infección temprana, es decir, dentro de los primeros seis meses después de la infección.(35)

Síndrome de inmunodeficiencia humana (sida): se denomina al estadio clínico en el que la infección crónica ha llevado al agotamiento de las células CD4+, la definición toma en cuenta un recuento de células CD4+ <200 células/mL, y/o la presencia de condiciones definitorias, que son indicativas de un defecto grave de la inmunidad celular.(10)

Síndrome de reconstitución inmune: Reacción inflamatoria exagerada a un microorganismo causante de enfermedad que, a veces, ocurre cuando el sistema inmunitario comienza a recuperarse después del tratamiento con medicamentos antirretrovirales (ARV).(19)

Supresión viral: nivel de viremia por debajo del límite de detección (<1.000 copias) en los estudios de rutina de carga viral.(39) Los ensayos clínicos que exploran las estrategias de cambio de TARV han definido supresión virológica por debajo del límite de detección de acuerdo a las pruebas utilizadas y durante al menos 6 meses.(33)

Terapia antirretroviral (TARV): se refiere al tratamiento para la infección por el VIH con 2 o más fármacos; se suele denominar también como TARV de máxima actividad.(31)

Virus de inmunodeficiencia humana (VIH): es un retrovirus perteneciente a la familia *Retroviridae*, del género *Lentivirus*, cuya característica esencial es la transcripción inversa de su ARN genómico a DNA, gracias a la actividad de la transcriptasa inversa. Hay dos tipos de VIH, VIH-1 (responsable de la mayoría de infecciones) y el VIH-2.(10)

7. Estrategia de preparación al paciente para la adherencia al tratamiento antirretroviral

La preparación al usuario para la adherencia al tratamiento incluye un sistema continuo de acompañamiento y seguimiento, cuyo propósito es que el paciente llegue al compromiso de tomar medicamentos de por vida de forma eficiente, y se fortalezca el sentido de autoeficacia en cuidar de sí, y afrontar los factores que puedan limitar el comportamiento adherente.(36)

Concretamente, la estrategia para una adherencia eficaz puede dividirse en tres etapas:

1. Valoración inicial del paciente.
2. Educación terapéutica.
3. Planificación personalizada de la farmacoterapia.

7.1. Valoración inicial del paciente

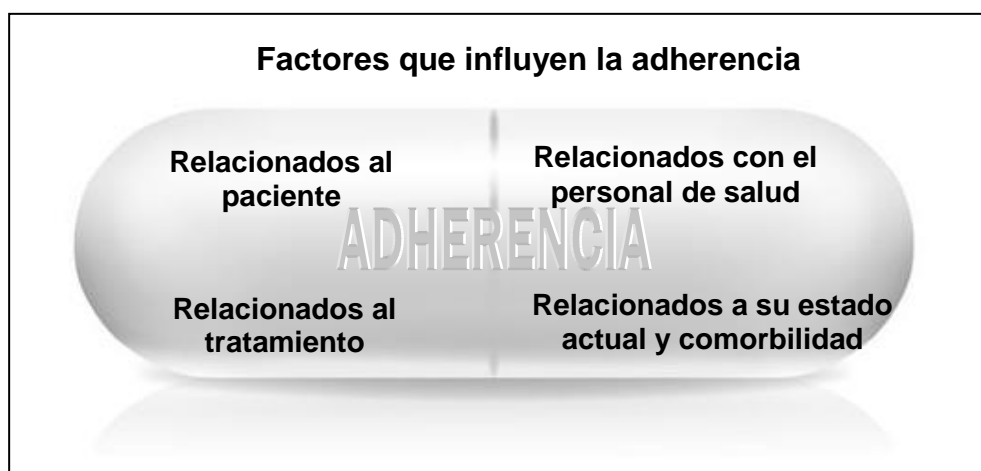
La evaluación inicial de los pacientes es la base para una preparación exitosa de un plan de adherencia al tratamiento. Durante la evaluación, el evaluador debe tener como objetivo aprender y entender lo máximo posible sobre los antecedentes de salud y psicológicos del paciente.(36)

7.1.1. Valoración e identificación de factores que influyen la adherencia

En la valoración inicial es importante identificar los factores que influyen la adherencia, estos pueden clasificarse en cuatro grupos:(37)

- Relacionados al paciente.
- Relacionados a la enfermedad y comorbilidad.
- Relacionados al tratamiento.
- Relacionados al personal de salud.

Ilustración 1. Factores que influyen la adherencia



Fuente: Gráfico adaptado del Documento de Consenso para Mejorar la Adherencia.(31)
Elaboración propia

7.1.1.1. Factores relacionados al paciente

Han sido estudiados varios factores relacionados al paciente como son los sociodemográficos, el sexo, la etnia, edad, trabajo, ingreso económico, educación, tasa de alfabetización, situación de movilidad humana; y factores psicosociales, como uso activo de drogas y alcohol, grado de soporte social, estabilidad social, depresión, otras enfermedades psiquiátricas, entre otros.(38)

El tener una idea del ingreso económico y la inversión que el paciente realiza para acudir a la cita médica en el establecimiento de salud, o para retirar su medicación, nos permitirá evaluar una barrera importante de un posible abandono e intervención. Asimismo la valoración social, nos permitirá entender el entorno en el que se desarrolla y los riesgos de una posible no adherencia (tipos de abusos, discriminación, esfuerzos para la no revelación de su diagnóstico en su núcleo familiar, etc), esto puede determinar una barrera importante para una visita regular o la dispensación de medicamentos.(39)

Se ha evidenciado que hay una mejor adherencia al:(34,35)

- Disponer de un domicilio fijo.
- Una red de soporte social o familiar.
- Mantener estabilidad emocional sentimental.
- Una buena calidad de vida relacionada con la salud.
- El tener un ingreso económico estable.
- El tener una educación académica.

En relación a mujeres, que han sufrido violencia de su pareja, han presentado consecuencias negativas tanto en la adherencia a la TARV como en el retraso en alcanzar una carga viral indetectable.(34,35)

En algunos estudios realizados en mujeres embarazadas con diagnóstico de VIH durante la gestación, aquellas que planificaron su embarazo y que tomaban alguna medicación previa a su embarazo, son más probables de reportar adherencia a los antirretrovirales.(41) También se ha evidenciado estudios que apuntan a una menor adherencia a los antirretrovirales y ausencia a las consultas de VIH en las mujeres transgénero.(42)

Iniciativas de empoderamiento emocional, económico y de autonomía en la mujer, asesoría y seguimiento activo, así como comprometer en el soporte emocional a la pareja puede ayudar a mejorar la adherencia al tratamiento y las asistencias a las consultas de VIH. (41)

Varios factores de carácter psicológico aportan un papel clave en la adherencia, así vemos que la ansiedad, la depresión y el estrés dificultan la consecución de una adherencia óptima.(38) Un ejemplo es la depresión entre las personas que tienen VIH, la misma que ha permanecido infradiagnosticada y poco investigada a pesar de su emergente prevalencia actual, y está claramente asociado con interrupciones o abandono de la TARV, fallo virológico, baja calidad de vida, pobres resultados clínicos, y menor supervivencia.(43)

La no revelación del diagnóstico del paciente a otras personas incluyendo a la pareja, la familia y el entorno más cercano del mismo modo está asociada a una menor adherencia a los antirretrovirales.(44) Sin embargo, se debe respetar la confidencialidad del paciente.

La dependencia activa de drogas, el consumo de polisustancias y el consumo problemático de alcohol, también constituyen una barrera importante en la consecución de una adherencia óptima.(45) Las intervenciones para identificar a los pacientes con consumo problemático de alcohol y otras drogas, reducir los riesgos asociados a su consumo y abordar el abuso de sustancias de manera interdisciplinaria y con el apoyo de entidades relacionadas a tratar las adicciones son esenciales en el manejo clínico del VIH.(45)

El estigma relacionado al VIH y haber sido discriminado o sentirse discriminado, está asociado a una menor calidad de vida en las personas que viven con VIH,(44) al mismo tiempo que tiene un impacto importante en la salud mental y por ende en la adherencia a los antirretrovirales. Una situación especial de vulnerabilidad es la sindemia de violencia, depresión y consumo de drogas en pacientes con diagnóstico de VIH que favorece a la falla en la adherencia a los antirretrovirales.

En este contexto es necesario considerar la intervención psicológica y psiquiátrica como parte importante de la atención integral.

7.1.1.1.2 Evaluación a la predisposición de las personas que viven con VIH para comenzar y mantener un TARV

Uno de los pilares fundamentales de la evaluación de la PVV, es la predisposición que este presenta para cumplir las indicaciones, así como evaluar la disciplina que presenta para llegar a ser adherente, las mismas que se indican en la tabla 1.

Tabla 1. Evaluación de la predisposición de las PVV

Estadíos de disposición para comenzar un TARV	
<p>Precontemplación: “No lo necesito, me siento bien.” “No quiero pensar en ello.” “No quiero tratamiento”</p>	<p>Apoyar: Mostrar respeto ante la actitud de la persona. / Superar barreras de comunicación con enfoque intercultural y de derechos, y confirmar que entiende la situación de salud que enfrenta (buscar intérprete en caso de ser necesario). / Tratar de entender las opiniones en materia de salud y acerca del tratamiento de la persona. / Establecer confianza. / Ofrecer información concisa y personalizada. / Fijar la siguiente cita.</p>
<p>Contemplación: “Estoy sopesando y valorando qué hacer con este asunto.”</p>	<p>Apoyar: Permitir ambivalencia. / Ayudarle a sopesar los pros y los contras. / Valorar la necesidad de información y ayudarle en su búsqueda de información. / Fijar la siguiente cita.</p>
<p>Preparación: “Quiero empezar, creo que la medicación me permitirá llevar una vida normal.”</p>	<p>Apoyar: Reforzar la decisión de la persona. / Decidir con la persona cuál es la pauta que más le conviene. / Instruir a la persona en materia de adherencia, resistencia y efectos adversos. / Hablar sobre su integración en su día a día. / Evaluar la autoeficacia</p> <p>Preguntar: ¿Qué tan seguro te sientes que tomarás la medicación que hemos hablado (especificar) una vez que iniciemos?</p> <p>Considerar entrenamiento de habilidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Educación sanitaria (uso racional de medicamentos, hábitos de vida saludable, etc). • Entrenamiento de toma de medicación, posiblemente (ej: pastillero) • Tratamiento directamente observado con apoyo educacional • Uso de ayudas: alarmas en móviles, pastilleros • Involucrar a personas/herramientas de apoyo cuando sea oportuno
<p>Acción: “Voy a empezar ahora”.</p>	<p>‘Comprobación final’: Con un plan de tratamiento establecido, ¿es la persona capaz de empezar un TARV?</p>
<p>Mantenimiento: “Seguiré.” o “Veo dificultades en seguir a largo plazo.” Advertencia: Una persona puede recaer hasta uno de los estadíos anteriores, incluso de “mantenimiento” a “precontemplación”</p>	<p>Evaluar: Adherencia cada 3-6 meses.</p> <p>Evaluar la adherencia: Para personas con buena adherencia: mostrar respeto por sus logros.</p> <p>Evaluar: La percepción de la propia persona sobre su capacidad de cumplir y continuar con el tratamiento.</p> <p>Preguntar: ¿Qué tan seguro te sientes que tomarás la medicación en los próximos 3-6 meses?</p> <p>Para una persona sin adherencia suficiente: utilice técnicas de imitación en relación con los problemas y haga preguntas abiertas para identificar creencias irracionales.</p> <p>Evaluar: Grado de disposición y ofrecer ayuda en función del grado.</p> <p>Evaluar: Obstáculos y ayudas.</p> <p>Fijar la siguiente cita y repetir el apoyo.</p>

Fuente: Adaptado de documento de Guía Clínica EACS 2019.(46).
 Elaboración propia

7.1.1.2. Factores relacionados con el personal de salud

Tomando en cuenta que será un paciente que tomará su medicación y tendrá que asistir a la consulta médica de por vida, la creación de un vínculo de confianza, entre el paciente y el personal de salud, será un proceso continuo que se fortalecerá con el tiempo. Un acuerdo de confidencialidad, una actitud no crítica, respeto mutuo y una comunicación clara de información, creará una relación de confianza que incentivará al paciente a cooperar en su adherencia.(47)

Varios estudios han demostrado que una buena comunicación entre el personal de salud y los pacientes se asocia con una mayor adherencia, una mejora en la calidad de vida, un aumento de la satisfacción del paciente con la atención brindada y una reducción de los problemas en relación a la medicación, para este propósito se insta a revisar el anexo 1 y 2 de este documento (Anexo 1: Atributos de un buen asesor durante la adherencia; y Anexo 2: Técnicas efectivas para la asesoría).(48–50) Esto incluye dos aspectos: por un lado, dar a los pacientes el lugar para manifestar sus preocupaciones y repreguntar lo necesario para poder aprender acerca de su tratamiento y los cuidados de salud requeridos, por el otro, que los profesionales de la salud brinden información clara sobre la enfermedad, el accionar del virus, el significado de los estudios complementarios para el diagnóstico, las alternativas de tratamiento y los potenciales efectos secundarios del mismo; varios pacientes expresaron preferencia por los médicos que brindan información, le explican claramente y toman la iniciativa por educarlos; así mismo el conocer y tener los resultados de los estudios de CV y CD4 es reconocido como un gran estimulador/motivador para mantener y/o incrementar la adherencia a la medicación.(48)

Un estudio evidenció que las características estructurales del sistema de salud son aspectos fundamentales para la adherencia y retención. En este punto en particular, son claras las diferencias entre los sistemas de salud privados y públicos; mientras que los pacientes del sistema privado sostienen como facilitadores de la adherencia realizar las consultas con el mismo médico, amplia disponibilidad de horarios y la flexibilidad para el cambio de turnos; en el sistema público estos factores son parte de los principales obstáculos: alta rotación de médicos; poco tiempo de consulta; largo tiempo de espera y escasa flexibilidad para el cambio de turnos.(48)

7.1.1.3. Relacionado al tratamiento terapéutico

Se deberá brindar atención farmacéutica a toda PVV a fin de enfatizar la conexión entre la toma correcta y regular de medicamentos con la mejora del sistema inmune y cómo funciona, mejoras en las condiciones generales de la salud, ganancia de peso y menos infecciones oportunistas(36), esta se deberá registrar en la historia farmacoterapéutica, de acuerdo a lo establecido en el Manual “Atención farmacéutica en las farmacias de la Red Pública Integral de Salud, Red Privada Complementaria y en las farmacias privadas”.(15)

Así mismo se debe especificar por varias ocasiones, la terapia antirretroviral que tomará mediante el nombre de sus principios activos (se recomienda en todas las consultas de su primer año), la hora recomendada para tomarlo, en que condiciones, donde y como guardarlo, sus contraindicaciones, sus interacciones con otros medicamentos los posibles efectos secundarios y cuando debe acudir al profesional de salud por el TARV.(36) En algunos casos será necesario el uso de gráficos u otras herramientas para que el paciente pueda empoderarse de su TARV.(36)

También es importante preguntar sobre si el paciente ha tomado previamente antirretrovirales, así como quien los prescribió y la experiencia con la adherencia a tratamientos previos. Los pacientes con problemas de adherencia al TARV necesitarán soporte y asesoría extra. Se requiere información de otros medicamentos que el paciente puede estar tomando para evaluar la interacción de drogas y efectos secundarios.(36)

La interrupción del tratamiento debido a la aparición de efectos adversos es una de las causas más comunes de incumplimiento. Éstos pueden ser una de las causas del abandono del tratamiento terapéutico o pueden aparecer también como consecuencia de la falta de cumplimiento de las recomendaciones realizadas por los profesionales de la salud sobre las dosificaciones.(51) Afortunadamente los fármacos antirretrovirales actuales son muy bien tolerados. En los ensayos clínicos se ha observado que la interrupción debido a efectos adversos de los fármacos supone entre el 1 al 4 % del total de las interrupciones,(50) aunque en la práctica clínica puedan ser discretamente mayores.

Se ha demostrado en numerosos estudios que la adherencia al TARV disminuye cuando aumenta la complejidad del mismo.(53) Al momento, en el Ecuador, se ha alcanzado el máximo de la simplificación en cuanto al esquema posológico, el país dispone de tratamientos coformulados que permiten pautas con un comprimido diario administrados sin restricciones dietéticas las mismas que se han mostrado superiores a otros tipos de pautas en cuanto a adhesión y efectividad del TARV. (2,52)

Las dosis consecutivas son la estrategia para mantener la adherencia de una persona que vive con VIH. Sin embargo, un aspecto importante del régimen terapéutico es que en el caso de omisión de dosis el riesgo de fracaso virológico será similar en todas las pautas terapéuticas. Recientemente se ha comunicado que tomar el TARV 4 días consecutivos a la semana y 3 días sin TARV, no era inferior con la toma diaria independientemente del tipo de TARV.(54,55) Aunque esta información es valiosa para el profesional, la misma se debe enfocar en la estrategia de toma de dosis consecutiva (todos los días).

Los esquemas actuales de TARV cumplen con todos los requisitos para ser consideradas esquemas preferentes, uno o dos comprimidos al día, en una sola toma, con escasos efectos adversos y frecuentemente sin condicionantes dietéticos, todas estas características hacen que los esquemas de TARV actuales mejoren de forma significativa la adherencia.(2)

7.1.1.4. Relacionado a su estado actual y comorbilidades

La infección por VIH puede cursar de forma asintomática o sintomática y la aceptación y adherencia al tratamiento pueden ser diferentes en cada una de estas fases.(37) Según los datos obtenidos en el estudio sobre *“La relación de la gravedad de la enfermedad, las creencias sobre la salud y la adherencia a la medicación entre los pacientes con VIH”*, los pacientes en estadio grave o sintomático presentan una mejor adherencia que los pacientes que se encuentran en un estadio asintomático, ya que asocian el mal cumplimiento con un mayor riesgo de complicaciones.(56)

A todo paciente que llegue por primera vez con diagnóstico de VIH y esté asintomático, se debe explicarle acerca del porqué no presenta síntomas, y la importancia de realizarle exámenes complementarios para evaluar su condición de salud, y de iniciar la TARV.

Mientras que a un paciente descompensado que presenta síntomas y en algunos casos cumpla con criterios de hospitalización, se debe explicar de una manera sencilla y clara respecto a su situación de salud, así como la importancia de realizarse exámenes complementarios para descartar otras patologías e ingresar a un régimen de tratamiento que no solamente incluye el VIH. En las situaciones mencionadas es importante explicar el riesgo de su comorbilidad adicionado a su diagnóstico seropositivo, así como la importancia de tomar los medicamentos de acuerdo a las indicaciones.(36)

Es importante discutir el conteo de células CD4 con el paciente. La discusión debería cubrir los siguientes puntos:(2)

- El conteo de células CD4 son una medida del estado de inmunidad del paciente.
- El VIH ataca los linfocitos CD4.
- Niveles bajos de CD4 indica un estado avanzado del VIH.
- Los niveles de células CD4 puede aumentar con tratamiento.

Se debe explicar al paciente como un conteo bajo de CD4 puede aumentar el número de episodios de infecciones oportunistas y aumentar el progreso de la enfermedad; y como un número alto de CD4 puede prevenir las infecciones oportunistas y disminuir el progreso de la enfermedad, el paciente debe conocer su conteo de CD4 y monitorear el cambio producido con el tratamiento.(57) Los pacientes que tienen conocimiento acerca de su enfermedad son más probables a adherirse al tratamiento.(2)

Tabla 2. Conteo de linfocitos T CD4+

<ul style="list-style-type: none"> • Las células CD4 son linfocitos con receptores CD4 que tienen un rol fundamental en la respuesta inmune para pelear contra las infecciones. También son llamadas células T.
<ul style="list-style-type: none"> • El virus es particularmente atraído a las células CD4 y las destruye, disminuyendo la respuesta inmune del cuerpo contra las infecciones. El conteo de células CD4 es un método de medición del nivel de respuesta inmune del cuerpo. Una persona con un sistema inmune normal cuenta con un número de células CD4 de entre 600-1200 células.
<ul style="list-style-type: none"> • Cuando el número de células CD4 desciende a menos de 200 células, y el paciente no se encuentra con medicación preventiva, se pueden presentar un número de infecciones oportunistas.
<ul style="list-style-type: none"> • Tratamientos con antirretrovirales reduce el número de virus, por lo que la destrucción de células CD4 disminuye. Con un tratamiento exitoso, el número de células CD4 aumenta restaurando un sistema inmune y provocando que se den menos o ninguna infección oportunista. El número de células CD4 puede aumentar entre 50-150 células y puede tardar meses dependiendo de la gravedad de la enfermedad del paciente.
<ul style="list-style-type: none"> • De acuerdo con los lineamientos del MSP todos los pacientes diagnosticados de infección por VIH independientemente del conteo de CD4 o carga viral inician ARV.

Fuente: Adaptado de Guía de Práctica Clínica de VIH. MSP, 2019.(2)
Elaboración propia

En referencia a las cifras de CD4, al inicio de la TARV y su influencia en la adherencia, existe una revisión sistemática con metaanálisis realizado por Bock et al., quién encuentra una mínima falta de adherencia en los pacientes con cifras de CD4 por encima de 200 cel/mm³, que no se mantiene en cifras mayores de 500 cel/mm³.(57) En este aspecto se considera importante, dado que se recomienda iniciar TARV en pacientes con cualquier cifra de linfocitos CD4.(2)

Con respecto a la carga viral, es ideal conversar sobre esto con el paciente, incluso cuando no sea posible monitorearlo regularmente, la misma debería cubrir los siguientes puntos:(2)

- La carga viral mide la cantidad de VIH en la sangre.
- Cargas virales altas indican altas tasas de transmisibilidad.
- Tratamientos con ARV reduce las cargas virales.
- Los pacientes se sienten mejor cuando las cargas virales descienden.

El paciente debe comprender como la carga viral cambia en respuesta a un tratamiento efectivo.

Tabla 3. Importancia de la medición de carga viral en adherencia

<ul style="list-style-type: none">• La carga viral mide la cantidad del VIH en el flujo sanguíneo. Si el número es alto, quiere decir que el virus va un mayor tiempo alojado y replicándose e infectando nuevas células.
<ul style="list-style-type: none">• De acuerdo con la guía de práctica clínica de VIH del MSP,(33) todos los pacientes diagnosticados de infección por VIH independientemente del conteo de CD4 o carga viral inician TARV.
<ul style="list-style-type: none">• Tratamientos exitosos con terapias antirretrovirales altamente activas (coctel de tres drogas) resultara en una disminución de la carga viral. La carga viral bajara en las primeras 8 semanas y posteriormente bajara a niveles casi indetectables en 16-20 semanas.
<ul style="list-style-type: none">• La carga viral suele estar en su punto más alto durante la fase inicial de infección aguda de VIH y durante las etapas más avanzadas de la enfermedad.

Fuente: Adaptado de Guía de Práctica Clínica de VIH. MSP, 2019.(2)
Elaboración propia

Respecto a las comorbilidades asociadas a la infección por el VIH y su influencia en la adherencia al tratamiento no hay estudios enfocados específicamente en ello, sin embargo, si hay estudios sobre factores asociados con una peor adherencia haciendo referencia a las enfermedades mentales, fundamentalmente la depresión.(58)

El personal de salud que atiende a PVV, también debe conocerlo a través de su historial médico, el mismo que debe ser detallado, esto incluye una evaluación general del estado de salud, enfermedades pasadas, hospitalizaciones y estado de la salud mental. Los PVV que experimentan hospitalizaciones o infecciones serias perciben su estado como grave y tienden a adherirse al tratamiento. Pacientes con enfermedades mentales graves pueden necesitar ayuda para tomar sus medicamentos regularmente.(36,59)

Un análisis junto al paciente, sobre su estado clínico actual, cimientan las bases para mantener una asesoría eficaz sobre la importancia de tomar la medicación prescrita regularmente. Un historial médico detallado crea las bases para identificar posibles barreras a la adherencia.(36)

7.2 Identificación de barreras que comprometen la adherencia

Identificar factores o barreras que comprometan la adherencia es un componente esencial para la adecuación del tratamiento, así como los controles médicos subsecuentes. Estos factores son variables de acuerdo al paciente, y aún en el tiempo en la misma persona.

El usuario y el personal de salud pueden trabajar juntos para eliminar las barreras que dependan del usuario como son:

- Problemas de comunicación.
- Nivel de alfabetización.
- Desconocimiento sobre la enfermedad y dudas de la efectividad del TARV.
- Situación de movilidad humana.
- Abuso de alcohol y otras drogas.
- Problemas de salud mental.

7.2.1 Problemas de comunicación

Las dificultades en la comunicación podrían aparecer desde un choque de idiomas, uso de términos desconocidos, indicaciones poco claras por parte del personal de salud, déficit de atención por parte del paciente, entre otras, siendo este uno de los factores más comunes para la falta de adherencia.(15,60)

Para mejorar la comunicación se debe:(15,60)

- Verificar que el paciente entienda el idioma de quien está realizando las indicaciones.
- Usar términos sencillos y claros, adaptados al paciente.
- Usar gráficos para la explicación en caso de ser necesario.
- Verificar con el paciente entendió el mensaje.
- Enviar ayuda memoria (tomando en cuenta la confidencialidad), con el paciente para su domicilio.
- Brindar educación terapéutica en caso de error de toma del antirretroviral, por parte del paciente, analizar, identificar y adaptar el mensaje para su corrección.
- El personal de salud debe ser amable, paciente y con buena predisposición.

7.2.2 Nivel de alfabetización

Pacientes con un nivel de analfabetización o alfabetización básica, quizás no comprendan totalmente la infección por el VIH, sus desafíos, complicaciones, así como las instrucciones dadas.(15)

Para brindar apoyo se podría utilizar:(15,36)

- La repetición verbal del mensaje de adherencia.
- Usar gráficos o imágenes para ayudar al mensaje.
- Monitoreo y verificación en cada consulta sobre como está tomando la medicación.

- Evitar situaciones incómodas donde se exponga la falta o nivel de alfabetización del paciente.
- Presentar videos explicativos o motivadores de los beneficios del TARV.

7.2.3 Desconocimiento sobre la enfermedad y dudas de la efectividad del TARV

Los pacientes que entienden sobre la enfermedad del VIH y la relación entre el tratamiento, adherencia y resultados exitosos tienen mejores resultados que aquellos pacientes que no lo entienden. Pacientes que confían plenamente en los antirretrovirales también obtienen mejores resultados.(15)

En este contexto se podría:

- Discutir de una manera abierta y sin críticas.
- Parafraseando y repitiendo verbalmente la información con bases científicas sobre el VIH y sus tratamientos para brindar confianza a los pacientes.
- Presentar experiencias positivas de otros pacientes.

7.2.4 Situaciones de movilidad humana, casas de acogida y personas en situación de calle

Los pacientes en situación de movilidad humana que viven en una casa de acogida o en situación de calle están en condiciones inestables para el almacenamiento e incluso la toma adecuada de antirretrovirales debido a que deben trasladarse continuamente sin un lugar definido para recibir la asistencia médica. Este tipo de situación complica el estado de salud del paciente al no contar con una nutrición correcta, seguimiento por un profesional de la salud de manera continua, y dotación regular de antirretrovirales.(36,60)

En este contexto se debe establecer contactos con las instituciones y organizaciones que brindan respuesta ante estas situaciones para establecer un plan de atención en salud y entrega de antirretrovirales.

7.2.5 Abuso de alcohol y otras drogas

Pacientes con consumo problemático de alcohol y otras drogas, podrían presentar problemas de adherencia al no tomar los medicamentos correctamente o en los tiempos requeridos.(15,36,37)

Para lograr una adherencia adecuada se debe:

- Brindar asesoría sobre la importancia de la toma rigurosa de antirretrovirales.
- Abordaje por profesionales de salud mental.
- Se debe asesorar sobre la interacción entre el alcohol, tabaco y otras drogas y los antirretrovirales (daños a órganos, absorción, etc).
- Podría ser necesario cambiar algún antirretroviral si existe daño en un órgano.
- Asesorar y ofertar al paciente con grupos de apoyo e intervenciones grupales en caso de que desee dejar el alcohol, tabaco y otras drogas.

- Apoyo de una persona con vínculo familiar que lo ayude a recordar cuando y como tomar sus medicamentos (respetando la confidencialidad y voluntad del paciente).

7.2.6 Problemas de salud mental

Pacientes que sufren problemas psiquiátricos pueden presentar dificultades para adherirse al tratamiento; algunos en estadio sida, pueden presentar problemas relacionas con esta etapa como es la demencia, lo que puede provocar que el paciente deje de preocuparse por sí mismo, sin tomar los antirretrovirales a tiempo.(36)

Como resultado de un estudio (metaanálisis), enfocado específicamente a la comparación de adherencia entre mayores o menores de 50 años de edad, se evidencia un menor riesgo de no-adherencia entre los mayores de 50 años de edad.(61) Sólo el subgrupo de pacientes mayores de 50 años con deterioro neurocognitivo y/o depresión parecen tener una peor adherencia.(62)

La evaluación y tratamiento por el profesional de la salud especialista en el manejo de VIH, así como el médico/a psiquiatra, es fundamental para la resolución de este tipo de casos, con el apoyo de familiares y allegados.(2)

7.3 Equipo multidisciplinario para mejorar la adherencia al TARV

El VIH tiene varios efectos físicos y emocionales sobre los pacientes, varios factores influyen en la adherencia del paciente al tratamiento, por lo que se requiere un equipo multidisciplinario para manejarlo correctamente, por ende, es primordial mantener un equipo, capacitado, adiestrado, sensibilizado, estable (evitar rotación o cambio de personal de manera frecuente), y que cumpla con el perfil requerido.

Ilustración 2. Equipo multidisciplinario para mejorar la adherencia al TARV



Elaboración propia

Es útil que la asesoría sea repetida varias veces por distintos miembros del equipo. Un enfoque participativo, en donde el paciente intervenga en la toma de decisiones

sobre los medicamentos y la estrategia de adherencia, ha demostrado ayudar a la adherencia al tratamiento.(59)

7.3.1 Actividades que realiza el médico/a

- Líder del equipo de manejo del caso
- El profesional responsable en la toma de decisiones sobre el caso clínico:(59)
 - Cuando inicia el TARV.
 - Emite criterio para la continuación del TARV.
 - Emite criterio para concluir la falla del tratamiento del paciente.
 - Realiza análisis de los efectos secundarios o adversos del tratamiento terapéutico y emite criterio de una respuesta apropiada.
 - Emite criterio de cambio del régimen o esquema de tratamiento.
 - Emite criterio sobre adherencia al tratamiento de acuerdo a evaluación realizada.
 - Terapia de profilaxis.
 - Identificar barreras para la adherencia.
- Brinda asesoría acerca de la adherencia.
- Diagnostica y trata enfermedades oportunistas.
- Estudio de contactos.

7.3.2 Actividades de la enfermera/o

Dado el carácter de cronicidad de la infección por el VIH, el rol de los profesionales de salud enfermeras/os expertos en este campo, resulta fundamental su accionar para mejorar la adherencia terapéutica y fomentar el autocuidado del paciente.(59)

La adherencia es un fenómeno múltiple y complejo; múltiple porque intervienen una gran variedad de conductas; como tomar la medicación, acudir a las citas, evitar conductas de riesgo, etc. Y complejo porque el momento, circunstancia y afectación están condicionados por diferentes variables relacionadas con la persona, el tratamiento, la familia, el entorno, el personal de salud y las interrelaciones entre ellos.(59)

La consulta de enfermería es el lugar idóneo donde crear una relación de empatía, confidencialidad, confianza y respeto para entender al paciente en todo su contexto, permitiéndonos conocer su disposición y recursos para abordar las causas, factores o barreras que puedan condicionar la adherencia y el cumplimiento terapéutico, mejorando, por tanto, la eficacia del mismo.

La disponibilidad y flexibilidad que se proporciona desde enfermería facilita la accesibilidad y conexión del paciente con el resto del equipo multidisciplinario, favoreciendo la vinculación a las unidades de VIH, resultando de gran ayuda la aparición y uso generalizado de las nuevas tecnologías, que facilitan la comunicación continuada.(59)

Entre sus actividades está ser:

- Miembro del equipo de adherencia y tratamiento.

- Responsable de:

- Asesorar al paciente sobre la importancia de mejorar la adherencia al TARV.
- Asesorar y brindar seguimiento de los efectos secundarios, eventos adversos, problemas psicosociales del paciente, recolección de datos de la adherencia y otros.
- Informar al médico sobre efectos secundarios, eventos adversos, problemas psicosociales del paciente y otros.
- Coordinar acciones de respuesta, frente a situaciones específicas relacionada a la adherencia al TARV.
- Identificar posibles barreras en la adherencia al TARV.
- Establecer la estrategia de adherencia a usar. (ver tabla 7)
- Gestionar la atención según las necesidades del paciente.
- Asesorar a la familia sobre la importancia del cumplimiento por parte del paciente al TARV, previa autorización del paciente; información que se registrará en la historia clínica.

7.3.3 Actividades del profesional farmacéutico

El profesional farmacéutico es clave en la valoración sistemática y en la mejora de la adherencia del paciente tanto en la terapia antirretroviral como al resto de medicación. La atención farmacéutica especializada en el momento de la dispensación del tratamiento es una intervención esencial para monitorizar la adherencia y desarrollar intervenciones educativas, motivacionales y conductuales que permitan reforzarla.(15,59)

Entre sus actividades está ser:

- Miembro del equipo de adherencia y tratamiento
- Responsable de:
 - Realizar la validación farmacéutica (verificación del esquema).
 - Dispensar los medicamentos.
 - Realizar la atención farmacéutica conforme a la normativa vigente, la cual incluye: plan farmacoterapéutico, plan de seguimiento, evaluación de adherencia terapéutica, educación sanitaria personalizada y farmacovigilancia que consiste en el detectar, evaluar y prevenir los eventos adversos y otros problemas que se derivan del uso de medicamentos, a fin de que sean oportunamente notificados al Centro Nacional de Farmacovigilancia.
 - Estar alerta por efectos secundarios y eventos adversos que deben ser reportados al Centro Nacional de Farmacovigilancia.
 - Informar sobre el consumo y disponibilidad de antirretrovirales, a fin de realizar el requerimiento oportuno de antirretrovirales y evitar desabastecimiento de los mismos.
 - Mantener base de datos actualizada, respecto al de esquema de los PVVs.

7.3.4 Actividades del psicólogo clínico

Las dificultades en la adherencia al TARV pueden atribuirse en algunas ocasiones a problemas emocionales, directa o indirectamente relacionados con la enfermedad en sí misma. La depresión, la ansiedad, el consumo de sustancias psicoactivas y la percepción de estigma, entre otros, se han asociado a niveles inadecuados de adherencia.(63)

El psicólogo clínico puede intervenir para que la persona afectada pueda realizar un proceso adecuado de aceptación y adaptación a la enfermedad a través de las distintas situaciones que se presenten. Al inicio, la intervención psicológica puede ayudar a un mejor ajuste del diagnóstico, previniendo así la posibilidad de que se instauren estrés, ansiedad o depresión que puedan influir en que el/la paciente no cuide bien de su salud.(59)

Entre sus actividades está ser:

- Miembro del equipo de adherencia y tratamiento
- Responsable de:
 - Aplicar técnicas de modificación conductual en desórdenes médicos.
 - Identificación y manejo de emociones y pensamientos que pongan en riesgo la adherencia.
 - Identificar la influencia del comportamiento en la aparición de enfermedades, de manera que un principal punto de acción donde se actúa desde este campo es propiciar la adherencia al tratamiento de los pacientes y los autocuidados para su enfermedad.
 - Identificar barreras en la adherencia enfocado en la salud mental.
 - Realizar el acompañamiento del proceso de la revelación diagnóstica.
 - Apoyar al seguimiento de la adherencia terapéutica.
 - Brindar psicoterapia de apoyo individual, de pareja y familiar para mantener la adherencia.
 - Brindar psicoeducación.
 - Sensibilizar al personal de salud para un manejo adecuado de las PVV.

El criterio de falla en la adherencia debe ser emitido por el equipo multidisciplinario de la Unidad de Atención Integral de VIH desde cada una de sus competencias.

Adicional a lo mencionado hay profesionales de otras ramas que colaboran en el funcionamiento y coordinación del mantenimiento y alertas en la adherencia para personas que viven con VIH, como es el caso de los Trabajadores Sociales, los mismos que evalúan el estado socioeconómico de los usuarios e identifican factores de riesgo para la adherencia, así mismo realizan gestiones con familiares, organismos estatales y no gubernamentales, para mitigar los factores que pueden influenciar en una no adherencia. La coordinación con estos profesionales, reforzará y brindará apoyo en la solución de nudos críticos, con usuarios en situaciones complicadas.

8. Adherencia a la terapia antirretroviral

8.1. Infección por VIH y terapia antirretroviral

La terapia antirretroviral ha transformado el curso de la infección por el VIH y el sida, de una enfermedad que se consideraba como mortal a una enfermedad crónica que les permite, a las personas en tratamiento, incorporarse a una vida productiva, debido a las innovaciones farmacéuticas que consiste en una combinación de fármacos, que suprime la replicación del virus, y aumenta el número de linfocitos CD4.(11) Los beneficios de la TARV también incluyen la prevención de la transmisión del VIH mediante la supresión de la replicación del virus en personas que viven con VIH, este beneficio de la TARV es también definido

por la expresión “indetectable igual a intransmisible”.(37) Con la disponibilidad de nuevos antirretrovirales, el tratamiento ha migrado de monoterapia y biterapia a una terapia triple de medicamentos.(59)

El lograr una adherencia exitosa en el tratamiento antirretroviral depende de varios factores, incluyendo, por mucho, el mantener un óptimo cumplimiento en la toma de los medicamentos. Por este motivo, se ha denominado a la adherencia como el tendón de Aquiles de la terapia antirretroviral. La no adherencia es la determinante más frecuente de la falta de control de la replicación viral, formación de variantes del VIH con resistencia, falta de reconstitución inmune y de la progresión de la enfermedad. (64)

8.1.1 Meta de la TARV

La TARV controla la replicación o multiplicación del virus de inmunodeficiencia humana, hasta cuando el virus se vuelve indetectable en la sangre, hay sitios en el cuerpo en el que los antirretrovirales no pueden llegar al virus, estos lugares se llaman sitios santuario; por esto, el virus no puede ser completamente erradicado. Cuando el TARV falla o es suspendido, el virus reaparece. Los medicamentos antirretrovirales tienen que ser tomados con regularidad y de por vida, lo que quiere decir que la infección de VIH puede ser controlada mas no curada, como una infección crónica.(34)

La meta del TARV es lograr la supresión máxima de la replicación del virus que se denomina Carga Viral indetectable (< 50 copias/ml);(19) esto reduce la destrucción de las células CD4. El éxito del TARV se observa cuando el conteo de células CD4 es >200 c/ml, en la mayoría de los casos se consigue disminuir considerablemente la carga viral en un periodo de 6 meses,(65) acompañado de mejora clínica de las PVV.(34)

8.1.2 Resistencia viral

Usar medicamentos de manera irregular o prescribir dosis subterapéuticas, hace que el virus se exponga a concentraciones bajas de medicamentos antirretrovirales, lo que puede causar que se mantenga la replicación viral y el desarrollo de resistencia hacia los antirretrovirales.(65) La resistencia a la TARV es frecuente en la falla del tratamiento.(66)

La resistencia cruzada es un problema crítico. Una vez que el virus se vuelve resistente a un medicamento antirretroviral específico, este puede también mostrar resistencia a otros medicamentos de la misma familia que aún no han sido prescritos al paciente.(67) Esto puede limitar las opciones de tratamiento que pueden ser usados para reemplazar esta falla.(66)

La resistencia viral puede ser transmitida; se ha visto en algunos pacientes diagnosticados por primera vez con VIH (*naïve*), los cuales nunca han tomado antirretrovirales, resistentes a algunos de ellos.(65) Esto es un gran problema en países con recursos limitados donde la medicación es restringida por costos y disponibilidad.(66)

8.2 Adherencia

La OMS define el término adherencia como “el grado en el que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario”.(68) Pero la adherencia tiene un concepto más amplio que la simple toma de la medicación, ya que abarca la implicación, y el compromiso del paciente con su estado de salud, su tratamiento y con los profesionales sanitarios.(59)

Con respecto al VIH, la adherencia es la capacidad del paciente para implicarse en la elección, inicio y seguimiento del TARV, a fin de conseguir una supresión mantenida de la replicación viral. El cumplimiento describe la calidad en la ejecución del tratamiento prescrito; aspectos vinculados al TARV, como el acceso y la persistencia en el mismo son esenciales para su éxito.(59)

8.2.1 Falta de adherencia

Desafortunadamente, la falta de adherencia es muy común entre los individuos tratados con TARV, debido algunos factores (ver tabla 4). Algunos estudios han demostrado que más del 10% de pacientes reportan haber omitido una o más dosis en el día, y más del 33% reportan haber omitido dosis en las pasadas dos o cuatro semanas.(69) Chesney estimó que el promedio de falta de adherencia en los pacientes de Estados Unidos a la terapia de TARV es de 50 a 70%.(67)

Tabla 4. Factores comúnmente relacionados con la no adherencia al TARV

Paciente		Personal de salud	Tratamiento
Característica	Actitudes		
<ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de apoyo social o familiar. • Bajo nivel socioeconómico. • Bajo nivel escolar. • Uso activo de drogas. • Alcoholismo. • Comorbilidad psiquiátrica • Mala calidad de vida relacionada con la salud. • Falta de conocimientos y creencias erróneas acerca de la enfermedad y de su tratamiento. • Edad. • Sexo • Etnia • Dificultad de acceso a los servicios médicos. • Condición migrante. • Religión. • Discriminación. • Orientación sexual. 	<ul style="list-style-type: none"> • Desconfianza u hostilidad hacia las y los profesionales de la salud. • Escepticismo sobre la utilidad, eficiencia o seguridad del tratamiento • Exageración del temor a las reacciones adversas del tratamiento. • Vergüenza (estigma social) • Fatalismo (pesimismo sobre el pronóstico) • Percepción de invulnerabilidad • Baja autoestima. • Insatisfacción con la atención médica o en la relación con su médico/a. • Incapacidad de anticipar las soluciones a circunstancias no rutinarias (ej. Viajes, eventos sociales). 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de interés por la enfermedad y sus retos • Insuficientes conocimientos acerca de la enfermedad y su tratamiento • Homofobia • Insatisfacción laboral • Estilo de interlocución autoritaria o prepotente hacia las PVV • Falta de disposición para interactuar y escuchar a las PVV • Actitud distante o impersonal. • Inaccesibilidad para la consulta y resolución de dudas, inquietudes, problemas, del paciente • Prejuicios 	<ul style="list-style-type: none"> • Número de tabletas. • Frecuencia de dosificación • Restricciones alimentarias. • Reacciones adversas. • Interacciones medicamentosas • Afectación del estilo de vida

Fuente: Adaptado de documento de consenso para mejorar la adherencia a la farmacoterapia en pacientes con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en tratamiento antirretroviral.(59)
Elaboración propia

8.2.2 Métodos para valorar la adherencia a los antirretrovirales

Existen diferentes métodos reconocidos como efectivos para valorar la adherencia a los antirretrovirales y están disponibles numerosas herramientas que permiten identificar a los pacientes que necesitan más apoyo; algunas se enfocan en evaluar de manera directa o indirecta el nivel de apego al TARV y al cumplimiento de las recomendaciones terapéuticas, mientras otras valoran el peso de variables que condicionan el desarrollo del apego y/o cumplimiento.(47)

Se recomienda una combinación de métodos que permitan obtener información de la TARV, para lograr la supresión viral y la ralentización de la progresión de la enfermedad.(70)

8.2.2.1 Métodos directos

Los métodos directos son bastante objetivos, aunque son caros y no siempre aplicables a la práctica clínica habitual. Además, dan una respuesta simplista de sí o no sin revelar el patrón de no adherencia y sus posibles causas.(70)

En la tabla 5 se presentan las ventajas y limitaciones de los métodos directos para valorar la adherencia.

Tabla 5. Métodos de adherencia directos

MÉTODOS DIRECTOS			
Método	Herramienta	Ventaja	Limitaciones
Directo	Concentraciones plasmáticas de fármacos	Permite observar los niveles plasmáticos de fármacos.	Este método requiere técnicas analíticas de alto costo y complejas, por lo que no es aplicable.
	Evolución Clínica	Permite observar de manera clínica, los efectos del TARV	No debería de considerarse como método de estimación de la adherencia, sino más bien la consecuencia de ésta.

Fuente: Adaptado de documento de consenso para mejorar la adherencia a la farmacoterapia en pacientes con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en tratamiento antirretroviral.(59)
Elaboración propia

8.2.2.2 Métodos indirectos

Si bien los métodos indirectos han avanzado de forma notable en la caracterización de la especificidad y sensibilidad de los distintos métodos, en su validación y en el análisis de sus limitaciones y relaciones entre sí, está vigente la recomendación de combinar varios de ellos para obtener información de la situación real con la mayor exactitud posible.(71)

En el contexto del Ecuador se aplicarán los métodos indirectos, como criterio para medir la adherencia.

8.2.2.2.1 Auto reportes

El usuario como fuente de información suministra datos sobre su rutina de toma de medicamentos a través de preguntas. Se obtiene información sobre la conducta manifiesta e interna del usuario, aunque suelen sobreestimar su adherencia, se ha encontrado que el auto reporte se relaciona muy bien con la medicación ingerida cuando hay una relación de confianza establecida entre el paciente y los profesionales de la salud.(36)

Se debe tener precaución del sesgo del recuerdo, ya que el paciente puede ofrecer una respuesta condicionada por la deseabilidad social (complacer al prestador de servicios), lo que limita el reporte honesto.(71) La precisión puede aumentar cuando el profesional de la salud se refiere al paciente de una manera de hechos y no de criticismo, preguntando sobre las dosis perdidas y los días recientes, usando frases que pueden ayudar a recordar. El auto reporte es la herramienta más fácil de usar en el entorno clínico.(71)

Basándose en el test de autoreporte de Martín-Bayarre-Grause sugiere realizar y adaptar las siguientes preguntas:(72)

- ¿Toma los antirretrovirales en el horario establecido?
- ¿Se toma todas las dosis indicadas? (cuando son varios medicamentos)
- ¿Asiste a las consultas de seguimiento programadas?
- ¿Acomoda sus horarios de medicación a las actividades de su vida diaria?
- ¿Cumple el tratamiento sin supervisión de su familia o amigos?
- ¿Lleva a cabo el tratamiento sin realizar grandes esfuerzos?
- ¿Utiliza recordatorios que faciliten la toma del tratamiento?
- ¿Usted analiza con su médico cómo cumplir el tratamiento?

8.2.2.2.2 Recuento de medicación sobrante (RMS)

Este método consiste en contar la medicación entregada por el personal de salud y la medicación sobrante con la dosis prescrita que el paciente ha tomado entre dos citas. Para calcular la ratio de adherencia se compara el número de unidades entregadas por el profesional de la salud, con el número de unidades devueltas por parte del paciente. Esto permitirá calcular el porcentaje de adherencia terapéutica si se conoce la pauta de administración.(15,70,73)

Para proceder al cálculo debe aplicarse la siguiente fórmula:(70,73)

$$\frac{[\# \text{ de medicamento entregado} - \# \text{ medicamento de vuelta}]}{[(\text{fecha de devolución} - \text{fecha de entrega}) \times \text{número de dosis día}] \text{ (contar el \# de días)}} \times 100$$

Es así que, si a un paciente, el personal de salud, le entrega 30 tabletas de "TLD" en la cita del 3 de abril, con la posología de 1 tableta al día y regresa a su cita el 2 de mayo y devuelve 5 tabletas de sobrante, sería el siguiente cálculo:

$$\frac{30 \text{ (medicación entregada)} - 5 \text{ (medicación devuelta)}}{[(2 \text{ de mayo} - 3 \text{ de abril}) \times 1 \text{ dosis día}] \text{ (son 29 días)}} \times 100 = 86\%$$

Así calculamos que el paciente tiene un 86 % de adherencia al tratamiento con TLD.

Este método ha sido ampliamente validado y se considera que es objetivo y fiable, incluso se puede programar en una hoja de cálculo (Excel) la fórmula planteada; es económico y fácil de aplicar, pero puede sobreestimar la adherencia si el paciente deliberadamente se deshace de las unidades de medicación sobrante. También la puede infraestimar ya que utiliza la fecha de dispensación como denominador de la ecuación sin considerar la posibilidad de tener medicación extra en casa; por otra parte, por sí solo, este método tampoco da información sobre la naturaleza del problema o qué patrón de omisión de dosis sigue el paciente. Se utiliza habitualmente tanto en el ámbito de la investigación clínica como en la práctica médica diaria.(70,73)

Se sugiere formular las siguientes preguntas al realizar el conteo de la medicación:

- En la última cita ¿cuántas tabletas le entregaron y para cuántos días?
- ¿Cuántas tabletas toma al día?
- ¿Cuántas tabletas le sobraron?
- ¿Trae consigo las tabletas sobrantes?
- En caso de haber sobrante ¿Por qué razón piensa usted que le sobró las tabletas?

8.2.2.3 Registros de dispensación desde farmacia

Este método parte de la premisa de que “*un paciente no puede tomar la medicación que no le es dispensada y que toma de forma adecuada aquella que se le ha dispensado*”. Este método ha demostrado una buena correlación con los resultados virológicos y una aceptable especificidad y sensibilidad.(37,70,73)

Se basa en el control y revisión de los registros realizados cuando se le dispensa la medicación al paciente, método ampliamente utilizado por su sencillez y por ser fácil de aplicar. Exige que la dispensación se realice de forma centralizada por un único dispensador o poder conocer todas las dispensaciones. Es relativamente económico y permite establecer registros de forma rutinaria e informatizada con un seguimiento longitudinal de los pacientes.(37,73)

Con los registros de dispensación se calcula la (tasa de posesión de la medicación) o medication possession ratio, utilizando las fechas de dispensación. Se incluyen las unidades dispensadas desde la primera fecha estudiada hasta la última dispensación tal y como se indica en la fórmula siguiente:(37,70,73)

$$\text{Porcentaje (\%)} \text{ de tasa de posesión de la } \overline{\text{medicación}} = \frac{\text{\# de unidades totales dispensadas}}{\text{\# de unidades totales teóricas prescritas en ese intervalo de tiempo (lo que debía haber recibido)}} \times 100$$

Se recomienda estudiar, como mínimo, períodos de tres meses en fases iniciales del tratamiento y de seis meses en fases más avanzadas.

En este contexto se debe calcular de la siguiente manera, por ejemplo: un paciente que ha tomado medicación TLD por 3 meses, y dentro de este periodo hubo un lapso de interrupción de este ARV de 1 mes y solo se le entregó 60 tabletas

$$\text{Porcentaje (\%) de tasa de posesión de la medicación} = \frac{60 \text{ tabletas dispensadas}}{90 \text{ tabletas teóricas prescritas (lo que debía haber recibido en estos 3 meses)}} \times 100 = 66,67\%$$

El porcentaje de tasa de posesión de la medicación es de 66,67 %, lo que refiere que el paciente está en riesgo su adherencia a los ARV.

Como ventajas están la sencillez en la obtención de la información, si la dispensación está centralizada, y la evaluación de la adherencia a múltiples tratamientos. Además, permite el análisis de grandes poblaciones de pacientes por lo que su uso está muy extendido en investigación. Sin embargo, como inconvenientes destacan que el medicamento haya sido dispensado no implica que el paciente se lo haya tomado, la posibilidad de discontinuación de un tratamiento por orden médica verbal o la obtención de un tratamiento sin que figure en el plan terapéutico registrado.(37)

Se sugiere formular las siguientes preguntas al realizar el conteo de la medicación:

- En la última cita ¿cuántas tabletas le entregaron y para cuántos días?
- ¿Cuántas tabletas toma al día?
- En caso de no haber sido suficiente la medicación que se expidió ¿Por qué razón piensa usted que le faltó las tabletas?

8.2.2.2.4 Cuestionarios

Son uno de los métodos más frecuentemente utilizados debido a su sencillez, a que requieren de pocos recursos y se pueden adaptar a las características de cada establecimiento de salud.

El procedimiento consiste en solicitar al paciente que conteste unas preguntas previamente definidas para, en función de sus respuestas, poder valorar el grado de adherencia. Hay cuestionarios que miden la adherencia a nivel cualitativo, cuantitativo o ambos, y permiten valorar otros aspectos como la adherencia al horario o los motivos de no adherencia.(74)

El cuestionario simplificado de adherencia a la medicación (SMAQ), es uno de los cuestionarios de autoinforme que se utiliza cada vez más en todo el mundo para evaluar la adherencia al TARV (tabla 6). Fue desarrollado y validado en una muestra de personas seropositivas en España, con una sensibilidad del 72 %, una especificidad del 91 %. Varios autores concluyeron que el SMAQ es fiable y válido para la evaluación de la adherencia entre los pacientes infectados por el VIH en la mayoría de los entornos, la misma que ha tenido varias adaptaciones.(74)

Tabla 6. Cuestionario de Adherencia SMAQ

1.- ¿Alguna vez se ha olvidado de tomar su medicamento?	SI	NO
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.- ¿A veces se descuida de tomar su medicamento?	SI	NO
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.- A veces, si se siente peor, ¿deja de tomar sus medicamentos?	SI	NO
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.- Pensando en la última semana. ¿Con qué frecuencia no ha tomado su medicamento?	a) Nunca	c) 3-5 veces
	b) 1-2 veces	d) > 5 veces
5.- ¿tomó sus medicamentos ARV durante el fin de semana pasado?	SI	NO
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Desde la última visita ¿cuántos días completos no tomó la medicación?	<2días	>3días
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se considera no adherente si las respuestas son las siguientes: 1: sí; 2: si; 3: sí; 4: c y d; 5: no; 6: >3. La pregunta 4 puede tomarse como semicuantitativa: a) 100%, b) 75%, c) 50% y d) < 25%		

Fuente: adaptada del cuestionario de adherencia SMAQ, Chris B. Agala, et al, 2020.(59,74) Elaboración propia

El SMAQ tiene varias ventajas: es corto y más fácil de administrar, lo que hace que la identificación de los pacientes que no se adhieren al TARV y la intervención, sean más rápidas en los establecimientos de salud asociados con falta de personal y tiempos de espera prolongados;(74) sin embargo se recalca la recomendación inicial de combinar varios de los métodos anteriormente mencionados para obtener información real y con exactitud.

Así mismo en caso de requerir otra opción de test se incluye el Test Morisky Green en el Anexo 3 (Anexo 3: Evaluación de adherencia terapéutica – Test Morisky Green), el mismo que puede ser de gran utilidad para evaluar la adherencia.

8.2.3 Herramientas para mejorar la adherencia

El propósito de este apartado es identificar las posibles estrategias que puede utilizar el paciente en su diario vivir (ambulatorio), para recordar la toma de medicación y mejorar la adherencia (tabla 7).

Tabla 7. Herramientas para mejorar la adherencia

Herramienta	Descripción
Sistemas personalizados de dosificación	<p>Son contenedores para guardar medicación, los cuales tienen divisores para cada día e inclusive para cada dosis en el día; son usados para visualmente mostrar (color y forma); esta es una herramienta muy útil para los pacientes analfabetos, ya que hace más fácil para los pacientes tomar la medicación correctamente.</p> <p>Una desventaja puede ser la visibilidad en situaciones de confidencialidad. Los pacientes que son analfabetos o que están muy enfermos también pueden necesitar ayuda para recargar la caja de pastillas correctamente.(75)</p>
Material educomunicacional	<p>La información aportada debe ser adaptada a las capacidades de los pacientes, utilizando un lenguaje claro y fácil de entender. Está comprobado que un mayor conocimiento de la patología padecida y de los efectos adversos consigue un mayor grado de cumplimiento. Los medios para proporcionar esta información son variados:(75)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Carteles informativos sobre la adherencia, • Dípticos, trípticos o folletos sobre el beneficio de la adherencia, • Información en revistas de salud, • Charlas educativas sobre cumplimiento • Compartir material audiovisual (youtube, viemo, etc), sobre beneficios de la adherencia. • Así mismo, esta debe escogerse y adaptarse para mantener la confidencialidad del diagnóstico del usuario.
Sistemas de recuerdo horario de la toma	<p>Este sistema tiene como fin ayudar a recordar o alertar al usuario, de la toma del antirretroviral en los tiempos prescritos; entre ellas están:(75)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Las alarmas horarias son eficaces y baratas, y suelen dar buenos resultados (reloj alarma, alarma de celular, alarma tablet, etc). • Asociar la toma de los ARV con alguna actividad cotidiana. (desayuno, almuerzo, antes de ir a clases, etc.). Con este método se pretende crear una costumbre que relacione la toma de la medicación con una actividad. • En caso de que el paciente disponga del recurso, recomendar aplicaciones de smarthphones gratuitas para el recuerdo de horarios. • Involucrar algún miembro de la familia; esto involucra a un miembro de su familia o allegado para que le avise a la hora de tomar la medicación. Así como las herramientas anteriores esta debe ser adaptada para mantener la confidencialidad o la privacidad del diagnóstico del paciente.
Sistemas de recordatorio de la pauta y de instrucciones básicas:	<p>El propósito de este sistema, es la toma precisa e indicada de los antirretrovirales:(75)</p> <ul style="list-style-type: none"> • La receta de indicaciones o tarjetas de tratamiento son fichas informativas personalizada que se entrega al paciente, en la cual incluye el nombre de los ARV prescritos, ordenados cronológicamente (encaso de ser mas de 1 tableta), así como la posología y características específicas en cuanto a su administración • Anotación de posología y consejos de uso en la caja. • En el “diario de medicación” se anotará las tomas que el paciente vaya realizando, de esta forma se evitan errores como las duplicidades y el paciente puede controlar su régimen terapéutico con más facilidad. • El utilizar un calendario físico (sea de bolsillo o escritorio) evita que muchos pacientes, sin darse cuenta, dejen de tomar la mediación. Consiste en anotar una cruz en el día cuando se toma cada pastilla.

	<ul style="list-style-type: none"> En caso de que el paciente disponga del recurso, recomendar el uso de las Apps para móviles o tablets en las que hay un “Pastillero virtual para Smartphone”, mediante este asistente virtual personalizado se espera disminuir la frecuencia de errores con la medicación y aumentar el bienestar y la autonomía de los pacientes. Este tipo de utilidades es una autentica revolución en la mejora de la adherencia a la medicación.
Terapia observada directamente (TOD)	<p>Consiste en asegurar la adherencia al tratamiento farmacológico mediante la intervención de una persona que observa directamente la toma de la medicación. El TOD es por tanto, otra forma de mejorar la adherencia que se ha empleado con éxito en el tratamiento de la tuberculosis.(75)</p> <p>En el caso de TARV no es práctico observar todas las dosis, en algunos casos el régimen tiene múltiples dosis y el tratamiento es de por vida. Por esto, sólo algunas dosis son observadas por un periodo de tiempo (algunos meses). Esto es conocido como terapia de observación directa modificada y es utilizada más en pacientes hospitalizados o en personas privadas de libertad.(75)</p>
Programa de acompañamiento por pares para usuarios con diagnóstico reciente	<p>La incorporación de pares al cuidado de PVV con diagnóstico reciente, podría ayudar a un mejor posicionamiento inicial frente a la infección: (76)</p> <ul style="list-style-type: none"> Contribuye a la resolución de dudas. Desmitifica aspectos de la infección por VIH y del TARV. Colabora en derribar imaginarios negativos como el de la muerte inminente y la imposibilidad de tener hijos. Orienta a la persona involucrada dentro de los establecimientos de salud (Centros de salud) y contribuye a su empoderamiento para mejorar sus posibilidades de adquirir las herramientas necesarias para continuar con su atención médica. Ayuda a la permanencia e inclusión en el sistema de salud. <p>Varias organizaciones de sociedad civil, de grupos de población clave, no gubernamentales pueden estar inmersos en colaboración, para participar en el programa de acompañamiento por pares, el mismo que debe estar aprobado y coordinado por el MSP</p>
Seguimiento de Adherencia	<ul style="list-style-type: none"> Llamadas telefónicas en caso excepcionales, para entrega de TARV o asistencia a la consulta, tomando en cuenta la confidencialidad de su diagnóstico. Articulación con el primer nivel de atención para el seguimiento en territorio, en casos particulares, tomando en cuenta la confidencialidad de su diagnóstico. Una lista que realice el seguimiento de lo que se ha realizado contribuirá a un seguimiento eficaz (ver anexo 4: Lista de chequeo para el asesor).

Fuente: Adaptado de Revisión de estrategias utilizadas para la mejora de la adherencia al tratamiento farmacológico.(75)
Elaboración propia

9. Asesoramiento continuo para la adherencia

9.1 Asesoramiento, seguimiento y apoyo continuo

Los niveles de adherencia cambian con el tiempo a medida que los pacientes se acostumbran a sus tratamientos, enfrentan nuevos desafíos, experimentan efectos secundarios o se sienten mejor. La asesoría también debe cambiar con el tiempo. Diferentes pacientes requieren un diferente nivel de apoyo continuo, lo que requiere una atención centrada en el paciente con un enfoque individualizado.(59)

En entornos con recursos limitados, con escasez de personal, es posible que el apoyo y el asesoramiento de seguimiento no sean factibles para todos los pacientes, sin embargo, todos deben recibir un asesoramiento continuo para mantener la adherencia. Los asesores deben ser conscientes de las posibles barreras que un paciente puede enfrentar y no estar disponible para brindar apoyo cuando sea necesario. El asesoramiento individualizado continuo puede ser reservado para los usuarios más vulnerables y debe estar centrado en el paciente de forma personalizada.(36)

9.1.1 Sesión de asesoría de seguimiento

Revise y evalúe la experiencia del paciente con tratamiento y la adherencia durante el último mes, valorando los siguientes aspectos:(36)

9.1.1.1 Revisión del régimen de tratamiento

- Revisar los nombres de los medicamentos y cualquier cambio en el régimen de tratamiento.
- Instrucciones de dosificación: durante el periodo de seguimiento temprano o si es nuevo.
- Si se ha añadido medicación.
- Instrucciones sobre la ingesta de alimentos y líquidos: durante el período de seguimiento temprano.
- Almacenamiento de medicamentos: durante el periodo de seguimiento temprano.

9.1.1.2 Diálogo sobre la adherencia

- Hablar sobre los medicamentos que toma.
- Aplique los métodos para valorar la de adherencia en caso de ser necesario
- Recuento completo de pastillas y autoinforme.
- Determinar las razones de las dosis olvidadas.
- Discutir formas de abordar las áreas del problema, de acuerdo a los resultados obtenidos en alguno de los métodos para valorar la adherencia.

9.1.1.3 Diálogo sobre los efectos secundarios experimentados y las acciones tomadas

- Discutir los efectos secundarios experimentados desde la última visita y cómo los abordó el paciente.
- Aconsejar al paciente sobre cómo manejar los efectos secundarios leves y a corto plazo. Para los efectos secundarios graves deben consultar al médico.
- En colaboración con el médico, establezca formas de abordar los efectos secundarios.

9.1.1.4 Indagación sobre cambios en la rutina del paciente

- Pregunte sobre cualquier viaje propuesto; el paciente debe informar con anticipación y recolectar suministros adicionales de medicamentos antes del viaje.
- Infórmese sobre cualquier cambio en las condiciones de vida: cambio de domicilio, problemas, separación o divorcio, embarazo, nuevo hijo, muerte de un ser querido. No pregunte específicamente sobre cada uno, deje que el paciente le cuente a usted.

- Revise la información de contacto.

9.1.1.5 Revisión del logro de los objetivos del paciente

- ¿Fue el paciente capaz de lograr sus objetivos?
- ¿Qué hacer para lograrlos la próxima vez?
- Establezca nuevas metas. Por ejemplo, durante las próximas dos semanas, el paciente tomará su antirretroviral a las 11am; utilizará un reloj de alarma para recordarlo.
- Integrar el tratamiento en la rutina diaria de actividades del paciente (ejemplo: antes de almuerzo).
- Reconocer el logro de metas en la toma de TARV y en el mantenimiento de su adherencia. Así mismo repita el apoyo en la siguiente cita
- Revise en compañía del paciente los resultados de carga viral y CD4, e informe la evolución de los mismos.

9.1.1.6 Revisión de las barreras para la adherencia

- Revisar las barreras para la adherencia identificadas anteriormente y las nuevas barreras que se han logrado abordarlas con éxito. Estas pueden cambiar durante el curso del tratamiento: el paciente puede empezar a ingerir alcohol, puede ser expulsado de casa, puede enfrentar pérdidas económicas, pérdidas de empleo, viajes, entre otros (ver tabla 4).

10. Abreviaturas

ADN	Ácido desoxirribonucleico
ARN	Ácido ribonucleico
ARV	Antirretrovirales
CD4	Molécula - Cumulo de diferenciación 4
CDC	Centro para el Control y la Prevención de las Enfermedades
CV	Carga Viral
EACS	Sociedad Clínica Europea del Sida
GESIDA	Grupo de Estudio de Sida
HSH	Hombres que tienen sexo con hombres
INI	Inhibidores de integrasa
IP	Inhibidores de la proteasa
IP/r	inhibidores de la proteasa potenciados con ritonavir
IRIS	Síndrome inflamatorio de reconstitución inmune
ITS	Infecciones de transmisión sexual
MSP	Ministerio de Salud Pública
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida
PPE	Profilaxis pos exposición
PrEP	Profilaxis previa a la exposición
PVV	Persona Viviendo con VIH
RMS	Recuento de medicación sobrante
RPIS	Red Pública Integral de Salud
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Humana
SMAQ	Cuestionario simplificado de adherencia a la medicación
SNS	Sistema Nacional de Salud
TAC	Tomografía axial computarizada
TARV	Terapia antirretroviral
TB	Tuberculosis incidente
TOD	Terapia directamente observada
UAI	Unidad de atención integral
UDIV	Usuario de drogas intravenosas
VIH	Virus de Inmunodeficiencia humana

11. Referencias

1. Kanters S, Park JJH, Chan K, Socias ME, Ford N, Forrest JI, et al. Interventions to improve adherence to antiretroviral therapy: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet HIV* [Internet]. 2017;4(1):e31–40. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S2352-3018\(16\)30206-5](http://dx.doi.org/10.1016/S2352-3018(16)30206-5)
2. Terán R, Araujo V, Celi A, Gómez A, Cevallos N, Suaste K, et al. Prevención, diagnóstico y tratamiento de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en adolescentes y adultos. [Internet]. Guía práctica Clínica Ministerio de Salud Pública del Ecuador [MSP]. Quito; 2019. p. 156. Disponible en: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/06/gpc_VIH_acuerdo_ministerial05-07-2019.pdf
3. Constitución de la Republica del Ecuador [Internet]. Vol. 449, Asamblea Constituyente del Ecuador. Montecristi, Manabí; p. 1–136. Disponible en: https://www.oas.org/juridico/pdfs/mesicic4_ecu_const.pdf
4. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Boletín Anual VIH/sida, Ecuador 2020. 2021;20.
5. World Health Organization. Marco de monitoreo de los servicios relacionados con el VIH y las ITS para grupos de población clave en América Latina y el Caribe [Internet]. Vol. 7, OPS. Washington; 2019. p. 40–6. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51681/9789275321065_spa.pdf?sequence=4&isAllowed=y
6. Silva MMS, Nichiata LYI, Simão NS, da Silveira RA. Conditions associated with adherence to HIV post-sexual exposure prophylaxis. *Rev da Esc Enferm*. 2021;55:1–8.
7. Ambrosioni J, Petit E, Liegeon G, Laguno M, Miró JM. Primary HIV-1 infection in users of pre-exposure prophylaxis. *Lancet HIV*. 2021;8(3):e166–74.
8. Letta S, Demissie A, Oljira L, Dessie Y. Factors associated with adherence to Antiretroviral Therapy (ART) among adult people living with HIV and attending their clinical care, Eastern Ethiopia HIV/AIDS. *BMC Int Health Hum Rights*. 2015;15(1):1–7.
9. Whiteley LB, Olsen EM, Haubrick KK, Odoom E, Tarantino N, Brown LK. A Review of Interventions to Enhance HIV Medication Adherence. *Curr HIV/AIDS Rep*. 2021;18(5):443–57.
10. Kasper D, Fauci AS, Hauser S, Longo D, Jameson L, Loscalzo J. Enfermedad por el virus de la inmunodeficiencia Humana/sida y trastornos relacionados. En: *Harrison Medicina Interna*. 19a ed. New York; 2017.
11. Asamblea General de las Naciones Unidas. Declaración política sobre el VIH y SIDA: Acabar con las desigualdades y estar en condiciones de poner fin al SIDA para el año 2030. 2021;
12. Montaner JSG, Lima VD, Harrigan PR, Lourenço L, Yip B, Nosyk B, et al. Expansion of HAART Coverage Is Associated with Sustained Decreases in HIV/AIDS Morbidity, Mortality and HIV Transmission: The “HIV Treatment as Prevention” Experience in a Canadian Setting. [citado el 8 de agosto de 2022]; Disponible en: www.plosone.org
13. Prado Matamoros AM, Mazacón Mora MC, Estrada Concha TI. View of factors favoring adherence to antiretroviral treatment (ART), self-care and healthy eating habits of people with HIV / aids. Universidad, Cienc y Tecnol [Internet]. 2019;20(2):150–6. Disponible en: <https://www.uctunexpo.autanabooks.com/index.php/uct/article/view/233/349>
14. Hernández I. Diagnostico situacional de la adherencia de VIH en el Ecuador y en el mundo.pdf. Quito: Ministerio de Salud Pública del Ecuador; 2021.
15. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Atención farmaceutica en las farmacias de la Red Pública Integral de Salud, Red Privada Complementaria

- y en las farmacias privadas. Quito: Ministerio de Salud Pública del Ecuador; 2021.
16. Info/SIDA. Glosario de InfoSIDA. Terminos relacionados con el VIH/SIDA. Novena. 2018. 11 p.
 17. Internacional/Pharmaceutical. Declaración conjunta de Política de la Federación Internacional Farmacéutica (FIP) y la Federación Global del Autocuidado (GSCF) sobre autocuidado responsable y efectivo [Internet]. International Pharmaceutical Federation (FIP); 2019. p. 1–5. Disponible en: <https://www.fip.org/files/fip/publications/2017-04-Pharmacy-Gateway-Care.pdf>
 18. VIH gTt-G de T sobre T del. Barrera genética.pdf [Internet]. 2022. Disponible en: <http://gtt-vih.org/glossary#term207>
 19. INFOSIDA. INFOSIDA / Glosario de Términos [Internet]. 2021 [citado el 16 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.infosida.es/glosario>
 20. WHO | HIV test kit evaluations. WHO. 2015;
 21. García F, Álvarez M, Bernal C, Chueca N, Guillot V. Diagnóstico de laboratorio de la infección por el VIH, del tropismo viral y de las resistencias a los antirretrovirales. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. abril de 2011;29(4):297–307.
 22. Buttò S, Raimondo M, Fanales-Belasio E, Suligoì B. Suggested strategies for the laboratory diagnosis of HIV infection in Italy. *Ann Ist Super Sanita*. 2010;46(1):34–41.
 23. Cox FEG. Concomitant infections, parasites and immune responses. *Parasitology*. 2001;122(SUPPL.).
 24. Cabré Pericas L, Lecuona I, Abizanda R, Clemente R, de Miguel E, Montáns M, et al. Confidencialidad. Recomendaciones del Grupo de Bioética de la Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC). *Med Intensiva*. 2009;33(8):393–402.
 25. Congreso Nacional del Ecuador. Ley De Derechos Y Amparo Del Paciente. Msp [Internet]. 1995;Ley 77(Registro Oficial Suplemento 626 de Estado):4. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/09/Normativa-Ley-de-Derechos-y-Amparo-del-Paciente.pdf>
 26. Ministerio de Salud Pública. Reglamento para el manejo de información confidencial en el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Salud Pública [Internet]. Quito; 2015. p. 1–5. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2016/09/AM-5216-A-Confidencialidad.pdf>
 27. Riccardi N, Rotulo GA, Castagnola E. Definition of Opportunistic Infections in Immunocompromised Children on the Basis of Etiologies and Clinical Features: A Summary for Practical Purposes. *Curr Pediatr Rev*. 2019;15(4):197–206.
 28. Naciones Unidas sobre el VIH/Sida O. Orientaciones terminológicas de onusida [Internet]. DOCUMENTO DE REFERENCIA. Ginebra: ONUSIDA; 2015. Disponible en: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2015_terminology_guidelines_es.pdf
 29. Pronasida. Normas Nacionales de Tratamiento Antirretroviral en Niños 2011 [Internet]. Pronasida. 2011. 1–89 p. Disponible en: http://www.pronasida.gov.py/images/documentos/guias_tratamientos/norm_tarvniños2011.pdf
 30. Abbas A, Lichtman A, Pillai S. *Cellular and Molecular Immunology*. 7ma ed. Elsevier, editor.
 31. World Health Organization. Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach. *World Heal Organ*. 2016;155 p.

32. Asociación Panamericana de Infectología. Carlos Beltran et al. Estándares para el diagnóstico y tratamiento del VIH/SIDA en Latinoamérica. primera ed. Beltran Carlos, editor. Quito; 2017. p. 1–287.
33. EACS. European AIDS Clinical Society Guidelines (November 2019) [Internet]. 2019. p. 104. Disponible en: https://www.eacsociety.org/media/final2021eacsguidelinesv11.0_oct2021.pdf
34. Geneva: World Health Organization. Guidelines for managing advanced HIV disease and rapid initiation of antiretroviral therapy. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. 2017. 1–56 p.
35. Kanters S, Vitoria M, Doherty M, Socias ME, Ford N, Forrest JI, et al. Comparative efficacy and safety of first-line antiretroviral therapy for the treatment of HIV infection: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet HIV* [Internet]. 2016;3(11):e510–20. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S2352-3018\(16\)30091-1](http://dx.doi.org/10.1016/S2352-3018(16)30091-1)
36. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de República Dominicana R. Guía de educación para la adherencia al tratamiento antirretroviral en República Dominicana. 2020.
37. Iribarren JA. Documento de consenso de GESIDA. *Enfermedades Emergentes*. 2020;10(4):195–8.
38. Abdulrahman SA, Ganasegeran K, Rampal L, Martins OF. HIV treatment adherence - A shared burden for patients, health-care providers, and other stakeholders. *AIDS Rev*. 2019;21(1):28–39.
39. Lopera MM, Lemos Y. Factores socioeconómicos y clínicos asociados con infecciones oportunistas en pacientes con HIV afiliados al sistema de salud. 2019;186–204.
40. Poku RA, Owusu AY, Mullen PD, Markham C, McCurdy SA. Antiretroviral therapy maintenance among HIV-positive women in Ghana: the influence of poverty. *AIDS Care - Psychol Socio-Medical Asp AIDS/HIV* [Internet]. 2020;32(6):779–84. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/09540121.2019.1653434>
41. Yee LM, Crisham Janik M, Dorman RM, Chong PS, Garcia PM, Miller ES. Relationship between intimate partner violence and antiretroviral adherence and viral suppression in pregnancy. Vol. 17, *Sexual and Reproductive Healthcare*. 2018. p. 7–11.
42. Takada S, Ettner SL, Harawa NT, Garland WH, Shoptaw SJ, Cunningham WE. Life Chaos is Associated with Reduced HIV Testing, Engagement in Care, and ART Adherence Among Cisgender Men and Transgender Women upon Entry into Jail. *AIDS Behav* [Internet]. 2020;24(2):491–505. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s10461-019-02570-0>
43. Babowitch JD, Sheinfil AZ, Woolf-King SE, Vanable PA, Sweeney SM. Association of Depressive Symptoms with Lapses in Antiretroviral Medication Adherence Among People Living with HIV: A Test of an Indirect Pathway. *AIDS Behav* [Internet]. 2018;22(10):3166–74. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s10461-018-2098-1>
44. Turan B, Smith W, Cohen MH, Wilson TE, Adimora AA, Merenstein D, et al. Mechanisms for the negative effects of internalized HIV-related stigma on antiretroviral therapy adherence in women: The mediating roles of social isolation and depression. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2016;72(2):198–205.
45. González-Álvarez S, Madoz-Gúrpide A, Parro-Torres C, Hernández-Huerta D, Ochoa Mangado E. Relación entre la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes VIH+ y el consumo de alcohol, asociado o no al uso de otras sustancias. Vol. 31, *Adicciones*. 2017.
46. EACS. European AIDS Clinical Society Guidelines (November 2019). Version 9 [Internet]. 2019;(October):0–122. Disponible en: https://www.eacsociety.org/media/final2021eacsguidelinesv11.0_oct2021.pdf

47. Morillo-Verdugo R, Polo R KH. Documento de consenso para mejorar la adherencia a la farmacoterapia en pacientes con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en tratamiento antirretroviral. 2020;44:163–73.
48. Aristegui Inés, Analía Dorigo LB. Obstáculos a la adherencia y retención en los sistemas de salud público y privado según pacientes y personal de salud.pdf. HHS Public Access [Internet]. 2014;22 (86):71–80. Disponible en: <chrome-extension://dagcmkpagjlhakfdhnbomgmjdpkdklff/enhanced-reader.html?openApp&pdf=https%3A%2F%2Fwww.ncbi.nlm.nih.gov%2Fpmc%2Farticles%2FPMC4751985%2Fpdf%2Fnihms753974.pdf>
49. Beach MC, Keruly J, Moore RD. Is the quality of the patient-provider relationship associated with better adherence and health outcomes for patients with HIV? *J Gen Intern Med*. 2005;661–5.
50. Boehme AK, Moneyham L, Mcleod JEN, Walcott MW, Seal P, Mugavero M, et al. HIV-Infected Women ' s Relationships With Their Health Care Providers in the Rural Deep South : An Exploratory Study. *Health Care Women Int* [Internet]. 2012;33(July 2010):403–19. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22420680/>
51. Dilla T, Valladares A, Lizán L, Sacristán JA. Treatment adherence and persistence: Causes, consequences and improvement strategies. *Aten Primaria*. 2009;41(6):342–8.
52. Clay PG, Nag S, Graham CM, Narayanan S. Meta-Analysis of studies comparing single and multi-Tablet fixed dose combination HIV treatment regimens. *Med (United States)*. 2015;94(42):e1677.
53. Trotta Maria, Ammassari Adriana MS. Treatment-related factors and HAART adherence.pdf. *JAIDS*. 2002;31:S128–31.
54. Landman R, De Truchis P, Assoumou L, Lambert S, Amat K, Bellet J, Lefebvre B, Allavena C, Katlama C, Yazdanpanah Y, Molina J-M, Gelly A, Gibowski S, Alvarez J-C, Morand-Joubert L, Costagliola D GP. ANRS 170 QUATUOR 4/7 days maintenance strategy in antiretroviral treated adults with HIV-1 infection: an open randomised parallel non-inferiority phase III trial. *Cochrane Cent Regist Control Trials*. 2019;22.
55. Metrics P. A 4-days-on and 3-days-off maintenance treatment strategy for adults with HIV-1 (ANRS 170 QUATUOR): a randomised, open-label, multicentre, parallel, non-inferiority trial •. *Lancet HIV* [Internet]. 2022;9(2). Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lanhiv/article/PIIS2352-3018\(21\)00300-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanhiv/article/PIIS2352-3018(21)00300-3/fulltext)
56. Gao X, Nau DP, Rosenbluth SA, Scott V, Woodward C. The relationship of disease severity, health beliefs and medication adherence among HIV patients. *AIDS Care - Psychol Socio-Medical Asp AIDS/HIV*. 2000;12(4):387–98.
57. Bock P, James A, Nikuze A, Peton N, Sabapathy K, Mills E, et al. Baseline CD4 count and adherence to antiretroviral therapy: A systematic review and meta-analysis. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2016;73(5):514–21.
58. Grierson J, Koelmeyer RL, Smith A, Pitts M. Adherence to antiretroviral therapy: Factors independently associated with reported difficulty taking antiretroviral therapy in a national sample of HIV-positive Australians. *HIV Med*. 2011;12(9):562–9.
59. Polo R., Knobel H., Morillo R and col. Documento De Consenso Para Mejorar La Adherencia a La Farmacoterapia En Pacientes Con Infección Por El Virus De La Inmunodeficiencia Humana En Tratamiento Antirretroviral. 2020;1–57.
60. Ey C. Plan de Adherencia al Tratamiento [Internet]. 2018. Disponible en: https://www.sefac.org/sites/default/files/sefac2010/private/documentos_sefac/documentos/farmaindustria-plan-de-adherencia.pdf
61. Luwam Ghidei, Mark Simone MS. Aging, Antiretrovirals, and Adherence: A Meta Analysis of Adherence among Older HIV-Infected Individuals. NIH

- Public Access. 2013;(1):1–7.
62. Langebeek N, Gisolf EH, Reiss P, Vervoort SC, Hafsteinsdóttir TB, Richter C, et al. Predictors and correlates of adherence to combination antiretroviral therapy (ART) for chronic HIV infection: a meta-analysis. *BMC Med.* 2014;12(1):142.
 63. Dale SK, Jones DL, Feaster DJ, Rodriguez AE. High Levels of Syndemics and Their Association with Adherence, Viral Non-suppression, and Biobehavioral Transmission Risk in Miami, a U.S. City with an HIV/AIDS Epidemic. 2020;23(11):2956–65.
 64. Ariyanti, Kesbi FG, Tari AR, Siagian G, Jamilatun S, Barroso FG, et al. Guía de Manejo Antirretroviral de las Personas con VIH MX [Internet]. Vol. 4, *Jurnal Aplikasi Teknologi Pangan.* 2021. 1–2 p. Disponible en: http://www.ejurnal.its.ac.id/index.php/sains_seni/article/view/10544%0Ahttps://scholar.google.com/scholar?hl=en&as_sdt=0%2C5&q=tawuran+antar+pelajara&btnG=%0Ahttps://doi.org/10.1016/j.jfca.2019.103237
 65. Centros para el Control y Prevención de Enfermedades. ¿ Qué es el tratamiento para el VIH? Comience el tratamiento lo antes posible después del diagnóstico VIH todos los días , según las indicaciones? El tratamiento reduce la cantidad de virus que hay en la [Internet]. Centros para el Control y Prevención de Enfermedades. 2022. p. 1–5. Disponible en: <https://www.cdc.gov/hiv/spanish/basics/livingwithhiv/treatment.html>
 66. Tang Michele RS. HIV-1 Antiretroviral Resistance Scientific Principles and Clinical Applications. 2012.
 67. Chesney MA. Factors affecting adherence to antiretroviral therapy. *Clin Infect Dis.* 2000;30(SUPPL. 2):171–6.
 68. Jaam M, Hadi MA, Kheir N, Ibrahim MIM, Diab MI, Al-Abdulla SA, et al. Adherence to long-term therapies. *World Heal Organ.* 2003;12.
 69. Chesney MA, Ickovics JR, Chambers DB, Gifford AL, Neidig J, Zwickl B, et al. Self-reported adherence to antiretroviral medications among participants in HIV clinical trials: The AACTG Adherence Instruments. *AIDS Care - Psychol Socio-Medical Asp AIDS/HIV.* 2000;12(3):255–66.
 70. Pagès-Puigdemont N, Valverde-Merino MI. Métodos para medir la adherencia terapéutica. *Ars Pharm.* 2018;59(3):163–72.
 71. Simoni JM, Kurth AE, Pearson CR, Pantalone DW, Merrill JO, Frick PA. Self-report measures of antiretroviral therapy adherence: A review with recommendations for HIV research and clinical management. *AIDS Behav.* 2006;10(3):227–45.
 72. Maldonado-reyes FJ. Prevalencia de adherencia terapéutica en pacientes hipertensos con el uso del cuestionario Martín-Bayarre-Grau. 2016;23(2):48–52. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/atefam/af-2016/af162d.pdf>
 73. Codina C, Martínez M, Tuset M, Del Cacho E, Martín MT, Miró JM, et al. Comparación de tres métodos de cálculo de adherencia en pacientes con tratamiento antirretroviral. *Enferm Infecc Microbiol Clin [Internet].* 2002;20(10):484–90. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0213-005X\(02\)72850-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0213-005X(02)72850-4)
 74. Agala CB, Fried BJ, Thomas JC, Reynolds HW, Lich KH, Whetten K, et al. Reliability, validity and measurement invariance of the Simplified Medication Adherence Questionnaire (SMAQ) among HIV-positive women in Ethiopia: A quasi-experimental study. *BMC Public Health.* 2020;20(1):1–16.
 75. Rodríguez Chamorro MA, Pérez Merino EM, García Jiménez E, Rodríguez Chamorro A, Martínez Martínez F, Faus Dader MJ. Revisión de estrategias utilizadas para la mejora de la adherencia al tratamiento farmacológico. *Pharm Care Espana.* 2014;16(3):110–20.
 76. Bottaro EG, Faraone L, Soncini A, Pasarón M, Roussilian N, Cascasi MR,

et al. Programa de acompañamiento por pares para personas con diagnóstico reciente de infección por VIH: Experiencia PPP. Actual en Sida e Infectología. 2021;3:80–92.

12. Anexos

Anexo 1: Atributos de un buen asesor durante la adherencia

La asesoría en adherencia como fue mencionado anteriormente es un requisito a largo plazo de los pacientes en terapia antirretroviral. Asesores en la adherencia necesitan tener:

- Habilidad de escuchar
- Actitud sin juzgar
- Habilidad de proveer información científica, precisa y completa sobre la enfermedad VIH y tratamiento antirretroviral en una manera objetiva.
- Habilidad de alentar a los pacientes para tomar decisiones, hacer un compromiso al tratamiento
- Habilidad de crear una relación de confianza a largo plazo con el paciente.
- Habilidad de resolver problemas.
- Habilidad de unir al paciente con otros servicios de soporte.

Fuente: Knobel D, Polo R, Escobar D. Recomendaciones GESIDA/SEFH/PNS para mejorar la Adherencia al Tratamiento Antirretroviral. Documento de Consenso. 2008.

Anexo 2: Técnicas efectivas para la asesoría

La asesoría durante la diferencia es un reto. Esta depende de la habilidad del asesor para formar una relación de confianza y ayuda con el paciente. También, los asesores deben tener un entendimiento profundo de la terapia antirretroviral (uso de medicamentos, efectos secundarios, resistencia viral, eventos adversos, etc.). Una comunicación efectiva es también la herramienta principal de una asesoría. La habilidad de comprender la situación de vida del paciente (psicológicamente, socioeconómico, sistemas de soporte, comportamiento sobre tratamiento, disposición para tratamiento) también es esencial reconocer las barreras a la adherencia.

Las asesorías deben ser hechas en un ambiente confidencial donde los pacientes se sienten libres de discutir sus problemas, comportamientos y barreras. Incluir a un miembro de la familia en las sesiones dos y tres puede ser útil para enlistar el soporte social pero solo si el paciente está dispuesto y ha conversado su estado con su familia.

Algunas técnicas efectivas para la asesoría son las siguientes:

- **Escucha activa y atención**

Prestar atención a la narrativa del paciente ayuda a mejorar el auto respecto del paciente, establecer una relación de confianza, mientras se evalúa al paciente para el tratamiento, su disposición e identificar algunas barreras hacia la adherencia que el paciente pueda tener.

- **Reflexión del sentimiento**

El asesor debe reconocer sentimientos como enojo, frustración y tristeza o miedo que muchas veces están asociados con la enfermedad. Algunos de los pacientes pueden haber sido diagnosticados recientemente con la infección VIH. Estos sentimientos pueden influenciar la habilidad del paciente para hacer un compromiso a tomar el tratamiento. La esperanza del tratamiento puede empujar a estos pacientes a hacer un compromiso rápido sin entender los retos del tratamiento antirretroviral.

- **Preguntas**

Usar preguntas puede ser una táctica útil para que la comunicación esté clara junto con los problemas y las soluciones. Por ejemplo: “¿Te refieres a...?”

- **Parfraseo**

Muchas personas pueden sentir que están siendo entendidas correctamente cuando el asesor repite lo que ellos dijeron en palabras diferentes; por ejemplo, “he visto que tú estás diciendo que estás asustado que tu familia no va a cuidar de ti.” El paciente puede que acepte con la interpretación. Si no, el asesor debe clarificar el problema.

- **Interpretación**

Muchas veces las personas evitan hablar sobre el problema real y hablan alrededor del problema. La interpretación puede ser usada para redefinir el problema desde

un punto diferente de vista o hacerlo más claro. El asesor puede enfatizar los puntos importantes. Por ejemplo, “de todas las cosas que tú has hablado hoy, me parece que tú estás más preocupado sobre...”

- **Repetición**

En tiempos de estrés, las personas tienden a no entender todo lo que se les dice. El tratamiento antirretroviral es un tratamiento complicado. La preparación de los pacientes antes de iniciar el tratamiento incluye educar al paciente sobre el tratamiento y su régimen (nombres, dosis, instrucciones de las dosis), efectos secundarios que hay que tener cuidado y los retos del tratamiento (como el riesgo de falla del tratamiento y la resistencia viral, monitoreo del tratamiento y otras drogas usadas para profilaxis infecciones oportunistas del tratamiento). Repetir las instrucciones puede ayudar al paciente a entender mejor mientras da una oportunidad al paciente de hacer preguntas o clarificar sus dudas. También se les puede pedir a los pacientes que repitan las instrucciones.

- **Resumir**

Resumir la información dada al paciente al final del encuentro es una manera de repetir y parafrasear la información una vez más. Esto provee al paciente con puntos importantes en una manera concisa que ayuda al paciente a organizar la información.

- **Respeto**

Es importante para el asesor reconocer que las personas ven y afrontan las cosas de una manera única y personal. Los asesores deben respetar las creencias, puntos de vista y contexto cultural del paciente para poder construir en ello.

- **Estructurar y arreglar metas**

La terapia antirretroviral es un tratamiento con régimen complicado que debe ser tomado a largo plazo. Los medicamentos deben ser tomados regularmente, en ciertos intervalos con restricciones en la dieta. Estructurar significa ayudar al paciente a ver cómo las acciones y los resultados están relacionados. Priorizar ayuda al paciente para determinar que necesita ser hecho y en qué orden para obtener los mejores resultados. Los asesores pueden ayudar a los pacientes a crear metas (a corto y largo plazo) y planear estrategias en el tratamiento para los mejores resultados.

Fuente: Ruiz M.A, Díaz M.I., Villalobos A. Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales. Desclée, UNED. 2011

Anexo 3: Evaluación de adherencia terapéutica – Test Morisky Green

<i>Logo institucional</i>		ADHERENCIA - TEST MORISKY GREEN	
Paciente:		Historia Clínica:	Fecha:
Fecha Nacimiento:		Tratamiento hasta:	
	SI	NO	
1. ¿Se olvida alguna vez de tomar los medicamentos?			
2. ¿Se olvida de tomar el medicamento a la hora indicada?			
3. Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar los medicamentos?			
4. Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarlos?			
Nota: Se considera adherente si responde NO a las 4 preguntas			
INFORMACIÓN DEL FARMACÉUTICO			
Nombre:		Firma y Sello	

Fuente: Rodríguez MA, García E, Amariles P, Rodríguez AC, Faus MJ. Revisión de tests de medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica. Atención Primaria. 2008;40(8):413-7

Anexo 4: Lista de chequeo para el asesor








Nombre del usuario: _____

Fecha: _____

Nombre del asesor: _____

Evaluación del paciente	
	Se abrió historia clínica
	Se verificó conocimientos sobre VIH y otras enfermedades de transmisión sexual
	Se preguntó si hubo uso previo de terapia antirretroviral
	Se hizo el análisis socioeconómico
	Se verificó si tiene uso problemático de alcohol o drogas
	Se realizó cita con salud mental
	Se realizó examen físico completo por parte del médico
	Se descartó Infecciones oportunistas
	Tiene resultados de CD4/carga viral
	Se hizo análisis socio económico
Describir el programa de tratamiento y la importancia de la adherencia	
	El usuario conoce el nombre de su esquema, la frecuencia que debe tomar, donde y como debe almacenar, instrucciones de dieta (en caso de requerirlo).
	Se le explicó al usuario los posibles efectos secundarios y qué hacer
	Importancia de tomar los antirretrovirales y las consecuencias de abandonarlos
	Se explicó la importancia de no compartir los medicamentos.
	Se identificó posibles barreras hacia la adherencia
	Tiene cita subsecuente

Fuente: Estrategia Nacional de VIH, 2022. Elaboración propia.

	Nombre	Área	Cargo	Sumilla
Aprobado	PhD Francisco Pérez	Subsecretaría de Vigilancia, Prevención y Control de la Salud.	Subsecretario	 Firmado electrónicamente por: RAUL FRANCISCO PEREZ TASIGCHANA
	Mgs. Andrés Viteri	Subsecretaría de Rectoría del Sistema Nacional de Salud.	Subsecretario	 Firmado electrónicamente por: ANDRES ALEJANDRO VITERI GARCIA
Revisado	Dra. Indira Proaño	Dirección Nacional de Políticas, Normatividad y Modelamiento de Salud.	Directora (Encargado)	 Firmado electrónicamente por: INDIRA ELIZABETH PROANO ROSERO
	Dr. Jean Cagua	Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control para Enfermedades Transmisibles.	Director	 Firmado electrónicamente por: JAEN CARLOS CAGUA BORDONEZ
	Mgs. Rodrigo Tobar	Gerencia del Proyecto de Prevención y Control de VIH/sida-ITS.	Gerente	 Firmado electrónicamente por: RODRIGO REINALDO TOBAR ROBALINO
	Lic. Sofía Pozo	Dirección Nacional de Políticas, Normatividad y Modelamiento de Salud.	Especialista	 Firmado electrónicamente por: VERONICA SOFIA POZO GUTIERREZ
Elaborado	Dr. Daniel Lizano	Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control para Enfermedades Transmisibles.	Especialista	 Firmado electrónicamente por: EDISON DANIEL LIZANO ARAUZ

Manual

Adherencia al tratamiento antirretroviral en personas que viven con VIH

2023

Ministerio de Salud Pública



República
del Ecuador