

CIENCIAS CLÍNICAS Y PATOLÓGICAS

Hospital General Docente "Dr. Enrique Cabrera"

**Caracterización de pacientes con abandono de la terapia antirretroviral y consecuencias económicas. Boyeros. 2013**

**Characterization of patient with abandonment of antirretroviral therapy and economic consequences. Boyeros. 2013**

**Dra. Dinorah Oliva Venereo, Dra. Dania Lastre Hernández Dr. Arturo Luis Viñas Martínez y Ciro González Fernández**

Especialista Segundo Grado en Medicina Interna. MSc. en Enfermedades Infecciosas. Profesor Auxiliar de la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. arturo.vinas@infomed.sld.cu

Especialista Primer Grado en Medicina General Integral. MSc. en Enfermedades Infecciosas. Instructor de la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. danial@infomed.sld.cu

Especialista Segundo Grado en Medicina Interna. MSc. en Enfermedades Infecciosas. Profesor Auxiliar de la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. arturo.vinas@infomed.sld.cu

Licenciado en Matemática. MSc. en Ciencias. Investigador auxiliar. ciro@infomed.sld.cu

---

**RESUMEN**

**Introducción:** la principal causa de fracaso terapéutico en pacientes con VIH es el incumplimiento del tratamiento, siendo la adherencia al mismo un factor predictor de progresión a sida y muerte.

**Objetivos:** caracterizar los pacientes con abandono de terapia antirretroviral en el municipio Boyeros durante el 2013 y describir sus consecuencias económicas.

**Material y Métodos:** se realizó un trabajo descriptivo de corte transversal. Se estudiaron 124 pacientes. Los datos fueron obtenidos de las tarjetas de control de medicamentos y las historias clínicas de la consulta municipal de Infectología.

**Resultados:** el 60,5 % resultó abandono intermitente y 17% abandono total. Predominó el sexo masculino. El mayor número de los casos se encuentran entre 30 y 49 años, tienen entre 6 y 10 años de diagnosticada la enfermedad y presentan conteo de CD4 menor de 350 cel x mm<sup>3</sup>. Los esquemas AZT- 3TC- Nevirapina, AZT- 3TC- Indinavir y AZT- 3TC- Kaletra, son consumidos por 73,4% de los casos. El costo mensual por abandono fue \$ 20787,50 y el costo total \$ 62188,40 pesos.

**Conclusiones:** existe abandono del tratamiento en pacientes adultos con VIH en el municipio Boyeros, predomina en edades entre 30 y 49 años, en casos con menos de 10 años de evolución y en pacientes con CD4 menor de 350 células x mm<sup>3</sup>. El abandono de TARV representa un elevado costo por tratamientos perdidos para el estado cubano.

**Palabras clave:** terapia antirretroviral, abandono intermitente, abandono total, abandono parcial.

---

## ABSTRACT

**Introduction:** no fulfillment of the treatment is the main cause of therapeutic failure in patient with HIV and it is one of the predictor factors to AIDS and death. The adherence to the Antirretroviral Therapy is a challenge for the success of the treatment of the HIV.

**Objectives:** to characterize the patients with abandonment of Antirretroviral Therapy in the municipality Boyeros during the 2013 and to describe their economic consequences.

**Material and Methods:** we was carried out a descriptive work of cross section. 124 patients were studied. The data were obtained of the cards of control of medications and the clinical histories of the municipal consultation of Infectología. The data were processed in the statistical program SPSS.

**Results:** 60,5 % was intermittent abandonment and 17 % was total abandonment. The masculine sex prevailed. They are between 30 and 49 years, basic secondary escolaridad and they have between 6 and 10 years of illness. 40 % of the patients with abandonment intermitente/parcial; they present count of CD4 smaller than 350 cel x mm<sup>3</sup> and 20% of total abandonment. The outlines AZT - 3TC - Nevirapina, AZT - 3TC - Indinavir and AZT - 3TC - Kaletra, they are consumed by 73,4 % of the cases and they represent 76,6 % of the annual cost for lost treatments. The monthly cost for abandonment was \$20 787,50 and the total cost \$62188,40 pesos.

**Conclusions:** in spite of the gratuitous access to the Antirretroviral Therapy, abandonment of the treatment exists in mature patients with HIV in the municipality Boyeros with a significant monthly and annual cost for the country.

**Keywords:** antirretroviral Therapy, intermittent abandonment, partial abandonment, total abandonment

---

## INTRODUCCIÓN

Desde finales de 1996 comienza a utilizarse el Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA) para los pacientes con VIH, lo que ha generado una disminución de la morbilidad y mortalidad y la subsiguiente reducción de los ingresos hospitalarios, así como una mayor expectativa y una mejor calidad de vida para estos pacientes.<sup>1-4</sup>

Sin embargo, la adherencia a la terapia antirretroviral (TARV) es uno de los más grandes retos para el éxito del tratamiento del VIH.<sup>5</sup> Adherencia al tratamiento, en sentido farmacológico, puede ser definida como la concordancia entre la prescripción médica y el comportamiento de la persona en la ingestión de las medicinas.<sup>6</sup>

Existe un común acuerdo en que la principal causa de fracaso terapéutico en los pacientes con VIH, es el abandono o el incumplimiento del tratamiento, y se ha demostrado que la adherencia no es sólo un factor predictor de la eficacia terapéutica, sino también un factor predictor independiente de progresión a sida y muerte.<sup>7</sup> El incumplimiento terapéutico puede generar la aparición de cepas mutantes resistentes a los fármacos, incrementar el número de ingresos hospitalarios y la prescripción de terapias de rescate, generalmente de mayor coste económico; y en sentido general provoca incremento de la morbilidad y la mortalidad.

---

La atención a las personas con VIH en Cuba se sustenta en tres principios generales del Sistema Nacional de Salud: accesibilidad, universalidad y gratuidad.<sup>8</sup> En el año 2001 se inicia en Cuba el programa de Tratamiento Antirretroviral (TARV) con 100 % de acceso gratuito para todos los pacientes con VIH, lo que se reporta que ha contribuido a la disminución mortalidad por esta enfermedad.<sup>9</sup> Sin embargo, pese a los beneficios y gratuidad de la terapia, muchos pacientes lo abandonan o consumen de manera irregular.

El **objetivo** de este trabajo es caracterizar los pacientes que fueron detectados con abandono de la TARV en el municipio Boyeros durante el año 2013 y describir las consecuencias económicas de esta conducta.

## MATERIAL Y METODOS

Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo de los pacientes VIH detectados con abandono de tratamiento antirretroviral, en al menos un mes, en el municipio Boyeros durante el año 2013. El universo lo constituyeron 269 pacientes con TARV, que se encontraban vivos al cierre del año 2013, que fueron diagnosticados en el municipio Boyeros y que residen en el mismo (criterios de inclusión). Se excluyeron pacientes fallecidos durante el 2013, casos que se encontraran reclusos durante el año de estudio, casos diagnosticados en Boyeros pero que residen y adquieren sus medicamentos por otro municipio o en el extranjero; y casos que fueron diagnosticados en otro municipio pero que residen y adquieren sus medicamentos en el municipio Boyeros. Se estudiaron 124 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión.

Los casos fueron obtenidos de la revisión de las tarjetas de consumo de medicamentos disponibles en la farmacia municipal donde se dispensarizan los mismos. Para la caracterización de los pacientes se revisaron las historias clínicas de la Consulta Municipal de Atención a pacientes con VIH del municipio Boyeros.

Se seleccionaron las siguientes variables:

- Sexo: masculino; femenino
- Grupo de abandono de tratamiento: se clasificó en:

Abandono intermitente: se consideró cuando el paciente dejó de consumir sus medicamentos uno o varios meses no consecutivos.

Abandono parcial: cuando dejó de consumir por 3 meses consecutivos ó más, pero menos de 6 meses, con o sin no consumo en otros meses.

Abandono total: si dejó de consumir por 6 ó más meses consecutivos con o sin no consumo en otros meses.

- Tiempo de diagnóstico de infección por VIH: se clasificó en: menor de 5 años, de 6 a 10 años, de 11 a 15 años, de 16 a 20 años.
- Ultimo CD4 realizado en el año de estudio: más de 500 células x mm<sup>3</sup>, de 350 a 499 células x mm<sup>3</sup>, de 349 a 200 células x mm<sup>3</sup>, menos de 200 células x mm<sup>3</sup> y no realizado.
- Tipo de tratamiento antirretroviral: se consideraron todas las combinaciones de tratamiento posibles.
- Costo mensual por abandono de tratamiento: es lo que cuesta un mes de TARV por todos los pacientes que dejaron de consumirlo.
- Costo anual por abandono de tratamiento: es la suma de todos los costos por los meses sin consumir los medicamentos.

Los datos fueron analizados mediante el programa estadístico SPSS versión 11.5. El análisis estadístico se basó fundamentalmente en técnicas descriptivas. Se construyeron distribuciones de frecuencias. Los resultados fueron presentados en tablas para su mejor análisis e interpretación.

Se solicitó autorización a las personas que están a cargo del programa de VIH y de esos datos a nivel municipal. Para manejar la información se excluyó el nombre de las pacientes a fin de mantener la confidencialidad de la información y solo se trabajó con el número de caso índice de los pacientes.

## RESULTADOS

Al cierre del año 2013 en el municipio Boyeros han sido diagnosticados 529 casos con infección por VIH, 439 masculinos (83 %) y 90 (17 %) femeninas. Se encontraban en tratamiento con TARV 269 pacientes (216 hombres y 53 mujeres), de los cuales los 124 casos estudiados representan el 46 %. En la tabla 1 vemos la distribución de los casos según sexo por abandono de tratamiento.

El mayor porcentaje de los casos resultó con abandono intermitente (60,5 %), siendo menor los casos de abandono total. Es mayor el número de casos masculinos que abandonaron terapia, pero constituyen el 34,6 % de los pacientes masculinos en tratamiento. Llama la atención que en el grupo abandono total el porcentaje de mujeres es superior al grupo abandono intermitente ó parcial, y las mujeres con abandono representaron el 58,5 % de las féminas con TARV, como se muestra en la tabla 1.

En el estudio se evidenció que el mayor número de casos tienen entre 30 y 49 años (60,5 %) y escolaridad secundaria básica (48,4 %) y preuniversitario (45,2 %). Se relacionó el tiempo de diagnóstico de los casos estudiados (tabla 2)

Tabla 1. Distribución de casos según grupo de abandono de tratamiento por sexo

Sexo	Grupo de abandono de tratamiento								
	Abandono Intermitente		Abandono Parcial		Abandono Total		Total		
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	% de TARV
Masculino	56	74,7	23	85,2	14	63,6	93	75	34,6
Femenino	19	25,3	4	14,8	8	36,4	31	25	58,5
TOTAL	75	60,5	27	21,8	22	17,7	124	100	46

**Tabla 2. Distribución de casos con abandono de tratamiento según tiempo de diagnóstico**

Tiempo de Diagnóstico (años)	Grupo de abandono de tratamiento							
	Abandono Intermitente		Abandono Parcial		Abandono Total		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
≥ 5	30	40,0	7	25,9	6	27,3	43	34,7
De 6.a 10	23	30,6	15	55,6	9	40,9	47	37,9
De 11.a 15	19	25,4	4	14,8	4	18,2	27	21,8
De 16.a 20	3	4,0	1	3,7	3	13,6	7	5,6

En relación con el tiempo de diagnóstico de la enfermedad por VIH, el mayor número de casos tienen entre 6 y 10 años (37,9 %), y 34 % tienen 5 ó menos años de enfermos; fue menor el número de casos en el grupo de 16 a 20 años de enfermedad (5,6 %). En el grupo con abandono intermitente predominan los casos con menos años de diagnóstico de la enfermedad, lo cual no se comporta así en los grupos de abandono parcial y total donde predominan los casos con tiempo de diagnóstico de 6 a 10 años. Existen pacientes con 16 o más años de diagnóstico que tienen abandono total del tratamiento.

El estudio de los linfocitos T CD4 (conteo de CD4) en los casos con abandono de tratamiento se muestra en la tabla 3.

El 40,3 % de los casos no se realizó ningún estudio de CD4 durante el año estudiado, en mayor proporción para el grupo de abandono total. Predominan los casos con conteo de CD4 por debajo de 350 células en los grupos de abandono intermitente y parcial. Presentan conteo de CD4 con menos de 200 células x mm<sup>3</sup> el 9,7 % de los casos siendo mayor el porcentaje de casos en el grupo de abandono intermitente. (tabla 3)

**Tabla 3. Distribución de casos con abandono de tratamiento según conteo de CD4**

Último CD4 realizado (conteo en células)	Grupo de abandono de tratamiento							
	Abandono Intermitente		Abandono Parcial		Abandono Total		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Más de 500	13	17,3	3	11,1	4	18,2	20	16,1
De 350.a 499	8	10,7	3	11,1	2	9,1	13	10,5
De 349.a 200	19	25,3	7	25,9	3	13,6	29	23,4
Menos de 200	9	12,0	1	3,7	2	9,1	12	9,7
No realizado	26	34,7	13	48,1	11	50,0	50	40,3

Mostramos los esquemas de tratamientos antirretrovirales utilizados en los casos estudiados y se calcularon los costos por abandono.

Existen 22 esquemas de TARV en el municipio Boyeros. El esquema de tratamiento con mayor abandono corresponde a Zidovudina (AZT)- Lamivudina (3TC) -Nevirapina,

seguido de AZT- 3TC- Indinavir, AZT-3TC- Lopinavir/Ritonavir (Kaletra) y Estavudina (D4T) -3TC-Nevirapina según se muestra en la tabla 4 y 5.

Los 3 primeros tratamientos son consumidos por el 73,4% de los pacientes y representan el 76,6 % del costo anual por tratamientos perdidos. El segundo esquema (azt-3tc-indinavir) es el mayor costo mensual como se muestra en la tabla 5

**Tabla 4. Distribución de casos con abandono de tratamiento según tipo de tratamiento por costo mensual y costo por abandono**

Tipo tratamiento	Frecuencia	%	Costo mensual	Costo anual por abandono
azt-3tc nevirapina	75	60,5	11175,00	32184,60
azt-3tc-indinavir	9	7,3	3212,95	9125,00
azt-3tc-kaletra	7	5,6	1341,90	6357,00
d4t-3tc-nevirapina	7	5,6	581,70	2386,20
azt-3tc-efavirenz	3	2,4	480,30	1440,90
Efavirenz- truvada	3	2,4	134,25	528,20
azt- abacabir- kaletra	2	1,6	358,70	997,15
abacabir-3tc-nevirapina	2	1,6	177,20	265,80
abacabir-3tc-.kaletra	2	1,6	285,00	742,70
efavirenz-3tc-kaletra	2	1,6	259,70	967,65
azt-3tc-fosamprenavir-ritonavir	1	0,8	356,05	712,10
abacabir-3tc-fosamprenavir-ritonavir	1	0,8	296,75	296,75
d4t-3tc-saquinavir-ritonavir	1	0,8	289,05	289,05
d4t-3tc-fosamprenavir-ritonavir	1	0,8	290,85	290,85
d4t-3tc-kaletra	1	0,8	136,90	273,80
efav 3tc-tenofovir	1	0,8	84,20	168,40
truvada- fosamprenavir--ritonavir	1	0,8	240,30	720,90
tenofovir-3tc-fosamprenavir-ritonavir	1	0,8	279,75	1678,50
d4t-3tc-indinavir	1	0,8	308,00	1232,00
d4t-3tc efavirenz	1	0,8	95,20	571,20
3tc-saquinavir-ritonavir-tenofovir	1	0,8	277,95	833,85
3tc tenofovir kaletra	1	0,8	125,80	125,80
TOTAL	124	100,0	20787,50	62188,40



Tabla 5. Distribución de 3 esquemas de tratamiento y consecuencias económicas

Tratamiento	Costo anual por abandono	% del costo anual	% de pacientes	Costo mensual
azt-3tc nevirapina	32184,60	51,8	60,5	149,00
azt-3tc-indinavir	9125,00	14,7	7,3	372,80
azt-3tc-kaletra	6357,00	10,2	5,6	191,70

## DISCUSIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) asegura que "el incumplimiento del tratamiento es la principal causa de que no se obtengan todos los beneficios que los medicamentos pueden proporcionar a los pacientes".<sup>10</sup> Se estima que realizan adecuadamente el tratamiento indicado sólo el 50% de los pacientes que presentan una enfermedad crónica y se supone que esta deficiencia sea aún mayor en países en desarrollo, dada la escasez de recursos y las iniquidades en el acceso a la atención sanitaria.<sup>11</sup>

De forma general, suele utilizarse como máxima de cumplimiento la adecuada administración del 80% o más de las dosis prescritas.<sup>12</sup> Sin embargo, estudios en relación con el tratamiento y evolución de los pacientes con VIH observaron que existía una clara relación entre el grado de cumplimiento terapéutico y la aparición de fracaso virológico.<sup>12</sup> Aunque no se sabe con certeza cuál es el grado de cumplimiento mínimo para que el tratamiento antirretroviral resulte eficaz, parece precisarse un cumplimiento igual o superior al 95%, para obtener una tasa de fracaso virológico en aproximadamente solo el 20% de los casos.<sup>13</sup>

Los reportes sobre abandono de tratamiento en la infección por el VIH citan cifras entre 37 y 83 % según el medicamento y las características de las poblaciones en estudio.<sup>14,15</sup> Existen trabajos en varios países que reportan cifras de abandono de TARV de 27 % en países de África y 14 % en un estudio en Perú.<sup>16, 17</sup> Los datos aportados por estudios de amplias cohortes, como la serie APROCO, con seguimientos de hasta 3 años, obtuvieron tasas de cumplimiento de alrededor del 30 %.<sup>18, 19</sup> En Cuba en un estudio realizado en dos provincias de Cuba en el año 2006, mostró que existía una adherencia solo de 81,4 %.<sup>9</sup>

La adherencia a una terapéutica es parte del comportamiento humano relacionado con la salud y es expresión de la responsabilidad de los individuos con el mantenimiento de la misma. Con independencia del término que se utilice, "adherencia" o cumplimiento", en la mayoría de los casos es el paciente quien ejecuta o no el consumo de sus medicamentos.<sup>6,20</sup> La deficiente adherencia al tratamiento puede adoptar diferentes formas: dificultades para iniciarlo, suspensión prematura o abandono, cumplimiento incompleto o insuficiente de las indicaciones (que puede manifestarse como omisión total, de dosis, de tiempo, de propósito), la inasistencia a consultas e interconsultas y la ausencia de modificación de hábitos y estilos de vida necesarios para el mejoramiento de la enfermedad.<sup>21</sup>

Se han descrito y clasificado los factores que intervienen en la adherencia al TARV:<sup>22</sup>

1. Factores relacionados con el individuo: algunos estudios han relacionado la adherencia con la edad, el sexo, la raza, el nivel cultural y la situación económica, a pesar que de manera general las características sociodemográficas parecen no influir en cuán adherente o no sea una persona al TARV. En relación con las condiciones socioeconómicas se ha descrito que el hecho de disponer de domicilio fijo y soporte social se ha relacionado con una mejor adherencia.<sup>16,19,21</sup>

La literatura incluye factores psicológicos predictivos de no adherencia en VIH: la depresión, la ansiedad y el estrés; a mayor presencia de sintomatología asociada con estos desórdenes, menores niveles de adherencia. Factores como la desesperanza y los sentimientos negativos pueden llevar a una disminución de la motivación para el autocuidado y puede influir en la capacidad para seguir medicaciones complejas y no adherirse al tratamiento.<sup>12,20,23</sup>

2. Factores relacionados con la enfermedad: de acuerdo a datos que han sido publicados, los pacientes en etapas sintomáticas de la enfermedad por VIH muestran una mejor adherencia que los pacientes en etapas asintomáticas iniciales.<sup>14,24</sup> Esto explicaría el porqué se constata un número importante de casos en nuestro trabajo con tiempo de evolución corto de la enfermedad y por qué un gran número de pacientes no se realizaron estudios de CD4.

3. Factores relacionados con los regímenes terapéuticos: en numerosos estudios se ha demostrado que la adherencia al tratamiento antirretroviral disminuye cuando aumenta la complejidad del mismo. La interferencia con los hábitos, bien en el horario de trabajo o en ciertos momentos del contexto de la vida social del paciente, motiva que algunos de ellos dejen de tomar la medicación o que lo hagan en un horario incorrecto.<sup>25</sup> También la aparición de efectos adversos, constituye un factor relacionado con la adherencia. Un elevado porcentaje de pacientes abandona el tratamiento para evitar la sintomatología que les producen las reacciones adversas, independientemente de las consecuencias clínicas que puedan tener.<sup>17,26</sup>

4. Factores relacionados con el equipo asistencial. La relación que se establece entre el equipo asistencial y el paciente es de vital importancia. Probablemente los factores más importantes son el suministro de una información detallada y realista; y la toma de decisiones conjuntas en un marco de confianza mutuo. Una buena relación entre el médico y el paciente es fundamental para mejorar la adherencia.<sup>27</sup>

Que exista abandono de TARV en los pacientes con VIH en Cuba tiene ante todo justificaciones personales ya que es un tratamiento otorgado de manera gratuita pero en el que se involucran todos los factores antes mencionados de una manera u otra. La adherencia debe de considerarse como un compromiso previamente establecido (incluso antes de que sea necesaria la implementación de la TARV) entre el médico y el paciente, no solo para el inicio sino fundamentalmente para mantenimiento del tratamiento, debido al carácter indefinido de esta prescripción.<sup>28</sup>

Para el paciente, la falta de adherencia terapéutica, repercute en el gasto invertido en medicamentos que no consume, en la pérdida por concepto de ausentismo laboral a causa de una enfermedad que no va a estar controlada, con la consecuente afectación a la productividad de su puesto de trabajo. El gasto del paciente también se puede traducir en pérdidas sensibles a la economía familiar y en un almacenamiento innecesario en el hogar de medicamentos no consumidos, que puede provocar intoxicaciones accidentales en niños y el aumento de la automedicación irresponsable por cualquier miembro de la familia.<sup>29,30</sup>

El gasto sanitario del estado se incrementa por atención médica desaprovechada, producción de medicamentos no utilizados, consultas planificadas previamente que no



se ejecutan, aumento de intervenciones, hospitalizaciones e incremento del uso de servicios, tanto de emergencia como de cuidados intensivos, en caso de progresión de la enfermedad, crisis o recaídas. Los ahorros indirectos tienen que ver con la mejoría del paciente, la preservación de su calidad de vida y de todas sus funciones sociales, laborales y personales.<sup>30</sup>

El sistema de salud puede estructurar numerosas acciones dirigidas a monitorear el comportamiento de la adherencia terapéutica de los pacientes a través del propio personal de la salud. Los médicos y las enfermeras pueden asignarse un tiempo en la consulta para revisar la adherencia terapéutica. Los pacientes demuestran mejor adhesión al tratamiento cuando reciben atención del mismo profesional en el transcurso del tiempo.<sup>24</sup> El sistema de comunicación con los pacientes es fundamental, tanto en la institución de salud como fuera de ella, en la comunidad, el hogar, en la farmacia, entre otros. Sin embargo es muy importante en el trabajo con estos pacientes el fomento de *la responsabilidad individual con su salud*. Muchas veces, es el sistema de salud, con enfoques de trabajo "paternalistas", el que disminuye el papel del individuo en su autocuidado y crea en el paciente una dependencia excesiva del trabajo de otros por su salud, incluso de los familiares, como si él no tuviera nada que ver o hacer, para vivir con su enfermedad de forma controlada.

Este trabajo tiene la limitación que aborda el abandono a tratamiento antirretroviral desde una perspectiva parcial, la de no extracción de los medicamentos del centro farmacéutico donde se dispensarizan. Pero nosotros como médicos que atendemos directamente a los pacientes sabemos que existen otras formas de abandono, más sutiles y muy difíciles de determinar, como dejar de tomar los medicamentos por varios días por diferentes motivos o se los toman varias horas después, o aquellos pacientes que toman los medicamentos pero mantiene hábitos etílicos conjuntamente, o incluso los que los familiares son los que extraen los medicamentos de la farmacia pero el paciente nunca los toma.

## CONCLUSIONES

A pesar del acceso gratuito a la TARV, existe abandono del tratamiento en pacientes adultos con VIH en el municipio Boyeros, en casos con menos de 10 años de evolución y en pacientes con CD4 menor de 350 células x mm<sup>3</sup>. El abandono de TARV representa un elevado costo por tratamientos perdidos para el estado cubano.

## RECOMENDACIONES

Incrementar las estrategias educativas a nivel municipal que involucren los casos conocidos de no adherencia y los nuevos diagnósticos de infección por VIH que van surgiendo, así como también a pacientes con buena adherencia demostrada, para que su accionar se ejemplifique y se creen encuentros entre pacientes promotores de salud.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Broder S. The development of antiretroviral therapy and its impact on the HIV-1/AIDS pandemic. *Antiviral Res* [en internet]. Jan 2010;85(1). [Citado 2015-01-17]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2815149/>

3. Reyes Corcho, A. Impacto de la terapia antirretroviral de alta eficacia en la respuesta clínica e inmunoviroológica en enfermos SIDA. *Rev Cubana Med Trop* [en internet]. 2007 [citado 2014-09-13], vol.59, n.2, pp. 0-0. ISSN 1561-3054. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0375-07602007000200011](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0375-07602007000200011)
4. Huang L, Quartin A, Jones D, Havlir DV. Intensive care of patients with HIV infection. *N Engl J Med* [en internet] 2006 [citado 2014-09-13]; 355 (2): 173-81. Disponible en: <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMra050836>.
5. Bazan-Ruiz, S; Chaname Pinedo, L E y Maguina Vargas, C. Adherencia al TARGA en VIH /sida: Un Problema de Salud Pública. *Acta méd. peruana* [en internet]. 2013 [citado 2014-09-13], , vol.30, n.2 pp. 101-102 . Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1728-59172013000200011\\_](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172013000200011_)
6. Martin Alfonso, L. Repercusiones para la salud pública de la adherencia terapéutica deficiente. *Rev Cubana Salud Pública* [en internet]. 2006 [citado 2014-09-13], vol.32, n.3, pp. 0-0. ISSN 0864-3466. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662006000300013](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662006000300013).
7. Nachega J B, Mugavero M J, Zeier M, Vitória M, and Gallant J E. Treatment simplification in HIV-infected adults as a strategy to prevent toxicity, improve adherence, quality of life and decrease healthcare costs. *Patient Prefer Adherence* [en internet] 2011 [citado 2015-01-17]; 5: 357–367. PMC3150164. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3150164/>
8. Torres Peña R, Lantero Abreu M.I. Acerca del programa de prevención y control de la infección por el VIH/ SIDA en Cuba. *RESUMED* [en internet] 2000 [citado 2014-09-13]; 13(2):76-9. Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/res/vol13\\_2\\_00/res05200.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/res/vol13_2_00/res05200.htm)
9. Bouza Y, Reyes A, Pentón Ls, León C, Bouza Y. Evaluación de la respuesta clínica e inmunológica a la TARGA en enfermos SIDA de dos provincias cubanas. *Rev Cubana Med Trop* [en internet]. 2006 Abr [citado 2013 Oct 07]; 58(1). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0375-07602006000100013&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0375-07602006000100013&lng=es)
10. WHO. New WHO recommendations: antiretroviral therapy for adults and adolescents [en internet] 2009. pp. 1–5. [ citado 2013 Jul 12]. Disponible en: [http://www.who.int/hiv/pub/arv/art\\_key\\_mess.pdf](http://www.who.int/hiv/pub/arv/art_key_mess.pdf)
11. Alfonso Orta I., Sánchez de la Cruz E. R. El acceso a los medicamentos en el mundo de hoy. *Rev haban cienc méd La Habana*, [en internet]. 2008 Abr [citado 2014 may 07] Vol VII. No 4. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rhcm/v7n4/rhcm12408.pdf>
12. Quintero, M. ; Salcedo, J P. Intersecciones entre posición socioeconómica, mecanismos psicológicos y comportamientos de adherencia en VIH/SIDA: aproximación cualitativa desde la perspectiva del curso de vida. *Pensamiento Psicológico* [en internet] 2012 [citado 2014 ] vol. 10, no 2. Disponible en: <http://revistas.javerianacali.edu.co/index.php/pensamientopsicologico/article/view/416>
13. Sandelowski M., Voils C I., Chang Y., Lee E. A Systematic Review Comparing Antiretroviral Adherence Descriptive and Intervention Studies. *AIDS Care* [en internet]. 2013 [citado 2014 Oct 07]; 25(10):1203-1211. Disponible en: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09540120.2013.827111>

internet]. August 2009 [citado 2015-01-17]; 21(8): 953–966. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2797126/>

14. Silva, A.C.; Reis, R K.; Nogueira, J A. y Gir, E. Quality of life, clinical characteristics and treatment adherence of people living with HIV/AIDS. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [en internet]. 2014, vol.22, n.6 [citado 2015-01-17], pp. 994-1000. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692014000600994&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692014000600994&lng=en&nrm=iso)

15. Kima S., Gerverb S M., Fidlerc S. and Ward H. Adherence to antiretroviral therapy in adolescents living with HIV: systematic review and meta-analysis. *AIDS* [en internet]. 2014 [citado 2015-01-17], 28:1945–1956. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4162330/pdf/aids-28-1945.pdf>

16. Yaya I., Landoh D E., Saka B., Patchali P M., Wasswa P., Aboubakari A., et al: Predictors of adherence to antiretroviral therapy among people living with HIV and AIDS at the regional hospital of Sokodé, Togo. *BMC Public Health* [en internet] 2014, [citado 2015-01-16]; 14:1308. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-14-1308.pdf>.

17. Moya, Y.; Bernal, F.; Rojas, E. y Barthel, E. Seguimiento fármaco-terapéutico en pacientes ambulatorios con tratamiento anti-retroviral. *Rev. chil. infectol.* [en internet]. 2012, vol.29, n.4 [citado 2014-09-13], pp. 412-419. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0716-10182012000400008&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182012000400008&lng=es&nrm=iso)

18. Bermudez-Tamayo C., Martin Martin J J., Ruiz-Pérez I., and Olry de Labry Lima A. Factors associated with improvement in disability-adjusted life years in patients with HIV/AIDS. *BMC Public Health*. [en internet]. 2008 [citado 2015-01-17]; 8: 362. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2585091>

19. Protopopescu C.; Marcellin F.; Spire B.; Pre´au M.; Carrieri M. P. Health-related quality of life in HIV-1-infected patients on HAART: a five-years longitudinal analysis accounting for dropout in the APROCO-COPILOTE cohort (ANRS CO-8). *Qual Life Res* [en internet] 2007 May [citado 2014-09-13],16: 4, pp 577-591. Disponible en: <http://link.springer.com/article/10.1007/s11136-006-9151-7/fulltext.html>

20. Martín Alfonso, L.; Grau Abalo J A. La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. *Psicología y Salud* [en Internet] enero-junio de 2004 [citado 2014-09-13] Vol. 14, Núm. 1: 89-99. Disponible en: <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/869/1597>

21. Morales G., Aragón M., Lara B. Factores asociados con la no adherencia a la terapia antirretroviral en personas con síndrome de inmunodeficiencia adquirida. *Rev Med Hondur* [en internet] 2009 [citado 2014-09-13]; 77(2): 57-98. Disponible en: <http://ns.bvs.hn/RMH/pdf/2009/pdf/Vol77-2-2009-3.pdf>

22. Sanchez Fuentes J.; Cancio Enrique I., Reymond Gonzalez V.; Lopez Rodriguez V. Información básica sobre la atención integral a personas con VIH. Ed Lazo Adentro, Centro Nacional de Prevención de las ITS-VIH/sida. La Habana. Cuba. 2011. ISSN: 978-959-283-070-7.

23. Varela M, Galdames S. Depresión y adhesión a terapia anti-retroviral en pacientes con infección por VIH atendidos en el Hospital San Pablo de Coquimbo, Chile. *Rev. chil. infectol.* [ en internet]. 2014 Jun; 31(3): 323-328. [Citado 2015 Ene 17]. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0716-10182014000300011&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182014000300011&lng=es)
24. Nachega, J. B.; Uthman, O. A.; Peltzer K.; Richardson L. A.; Mills E. J; Amekudzi K.; Ouédraogo A. Association between antiretroviral therapy adherence and employment status: systematic review and meta-analysis. *Bull World Health Organ.* [ en internet] Jan 1, 2015 [fecha acceso enero 2015]; Vol 93; (1): 29–41. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4271680/>
25. Hernández Requejo, D.; y Pérez Ávila, J. Causas de cambio de tratamiento en un grupo de pacientes VIH/SIDA cubanos. *Rev Cubana Invest Bioméd* [en internet] 2010 [citado 2015 Ene 17], vol.29, n.2, pp. 223-230. ISSN 1561-3011. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03002010000200007](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002010000200007)
26. Bernal, F. Incidencia de reacciones adversas a medicamentos en pacientes que inician o cambian terapia anti-retroviral. *Rev. chil. infectol.* [en internet]. 2013, vol.30, n.5 [citado 2014-09-13], pp. 507-512. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0716-10182013000500007&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182013000500007&lng=es&nrm=iso)
27. Gallego C.; Marco A.; Da Silva A.; Varoucha C.; Argüelles MJ. ; Monfort A. et al. Causas de abandono del tratamiento antirretroviral (TARV) y eficacia de la entrevista motivacional en la mejora de la adherencia. *Rev Esp Sanid Penit* [en internet]. 2004 [citado 2014-09-13]; 6: 2-7 7. Disponible en: <http://www.sanipe.es/OJS/index.php/RESP/article/view/253/556>
28. Diouara Abou A. M.; Ndiaye Halimatou D.; Guindo I.; Bangoura N.; Cissé M.; et al: Antiretroviral treatment outcome in HIV-1-infected patients routinely followed up in capital cities and remote areas of Senegal, Mali and Guinea-Conakry. *J Int AIDS Soc.*[en internet]. 2014 [citado 2015 Ene 17]; 17(1): 19315. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4272405/>
29. Collazo Herrera, M M.; Tápanes Peraza R. ; Sánchez Valdés L.; Martínez González A.; Castro Peraza O. Impactos económicos y en salud del tratamiento antirretroviral del VIH/SIDA con medicamentos genéricos nacionales en Cuba 2001-2010. *Memorias Convención Internacional de Salud Pública. Cuba Salud 2012* [citado 2015 Ene 17]. Disponible en: <http://www.convencionsalud2012.sld.cu/index.php/convencionsalud/2012/paper/viewFile/677/289>
30. Álvarez Payero M, Martínez López de Castro N, Ucha Samartín M, Martín Vila A, Vázquez López C, Piñeiro Corrales G. Medication non-adherence as a cause of hospital admissions. *Farm Hosp* [ en internet]. 2014 Ago; 38(4): 328-333. [Citado 2015 Ene 17]; Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1130-63432014000400009&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-63432014000400009&lng=es)

Recibido: 16 de Febrero de 2015.

Aprobado: 29 de Septiembre de 2015.