

# ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN PACIENTES CON VIH DE LA ZONA CONURBADA SUR DE TAMAULIPAS

*Pérez Monsiváis Héctor, Aguilera Lavin Alberto Antonio, Hernández Rodríguez Jorge Sebastian, Velazquez Martínez Juan de Dios, Gómez Pozada Sabine Marlene, Márquez Ramos Jessica Valeria, Rady Barrón Maria Fernanda.*

*Universidad Autónoma de Tamaulipas, Facultad de Medicina de Tampico "Dr. Alberto Romo Caballero".*

## INTRODUCCION

Alcanzar y sostener la supresión virológica sigue siendo el punto crítico para avanzar hacia las metas 95-95-95. En el contexto nacional, con señales recientes de repunte de casos de VIH, ya no basta con medir cobertura de tratamiento: se necesita comprobar que las personas realmente adhieren al TAR y que ese cumplimiento se traduce en cargas virales controladas.

En la práctica de servicios, la carga viral (VL) funciona como un indicador operativo de adherencia: VL <200 copias/mL sugiere adherencia suficiente; VL ≥200 orienta a probable incumplimiento (sin descartar causas clínicas puntuales). Paralelamente, los resurtidos farmacéuticos permiten una estimación objetiva de adherencia mediante proporción de días cubiertos (PDC) o MPR, útil para el seguimiento programático y la mejora continua.

## OBJETIVO

Conocer la adherencia al tratamiento antirretroviral y sus condicionantes para el control virológico (<200 copias/mL) en pacientes activos con VIH de la zona conurbada sur de Tamaulipas enero-agosto 2025.

## METODOLOGIA

- Estudio documental, descriptivo, transversal y retrospectivo, del registro jurisdiccional de personas con VIH atendidas en Tampico, Tamaulipas de enero a agosto del 2025.
- Inclusion: ≥18 años de sexo indistinto, con dispensación regular del TAR, y al menos una medición de carga viral en 2025.
- Población de estudio: 139 personas no adherentes.
- Variables: edad, sexo/genero, entidad de procedencia, fecha de ingreso, % de no adherencia y esquema de tratamiento.
- Analisis descriptivo (absolutos, porcentaje, media, estratificación clinico-progmatica).

## RESULTADOS I

- Activos: 1,373; no adherentes: 139.
- Sexo/género: 70.5% masculino, 23.7% femenino, 5.8% no binario (Fig.2).
- Edad: 25–44 años concentran 64.4%.
- Tendencia por año de ingreso: promedio 10.1%; 1998 50%, 2016 19.7%, 2025 42.4% (Fig.1).
- Procedencia de no adherentes: Guanajuato, Nuevo León, San Luis Potosí, Tabasco, Veracruz.

Tendencia de no adherencia al TAR por año de ingreso

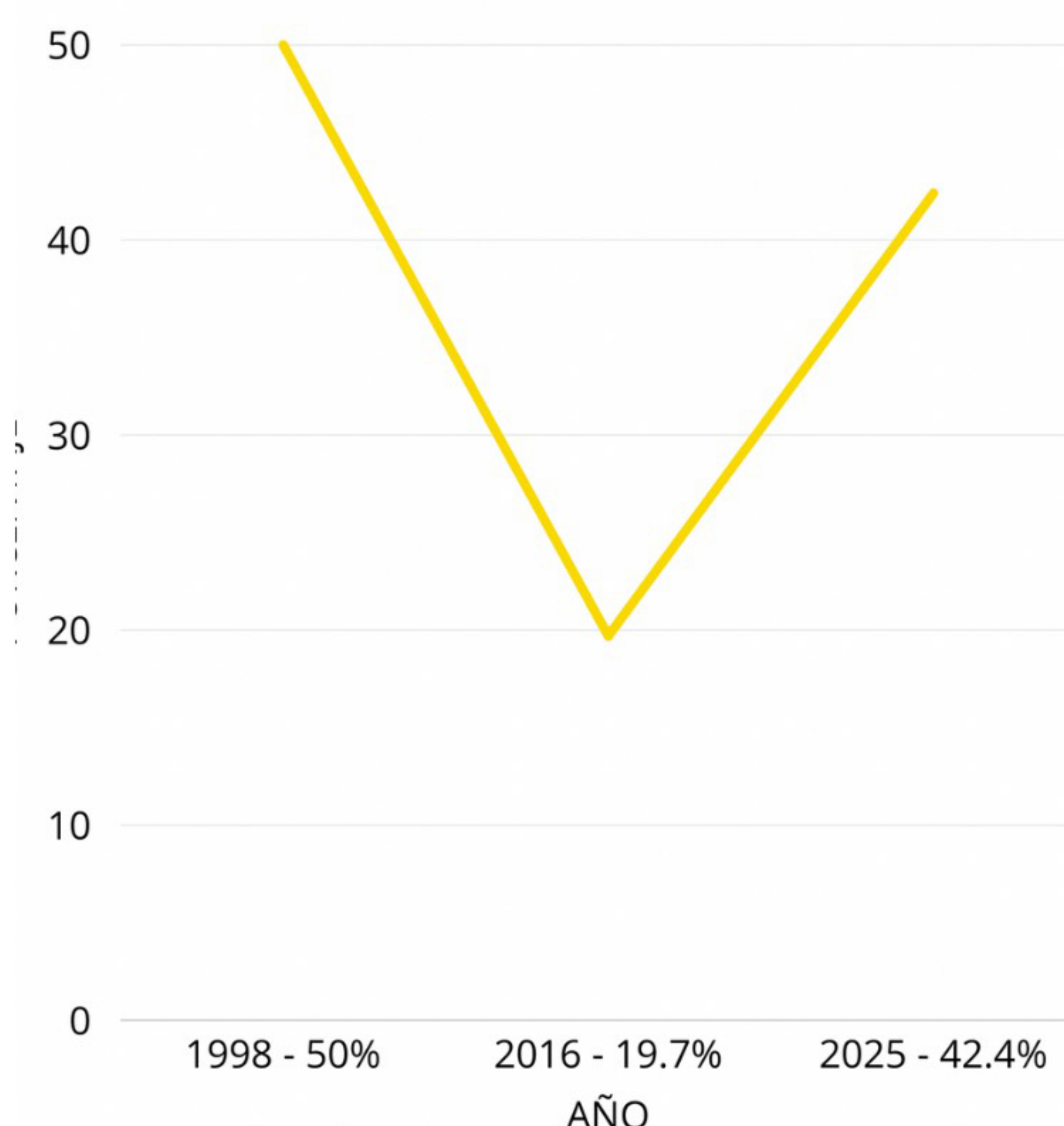


Fig. 1. Tendencia de no adherencia por año de ingreso (1998–2016–2025).

Distribución de no adherencia al TAR según sexo

- Masculino - 70.5%
- Femenino - 23.7%
- No binario - 5.8%

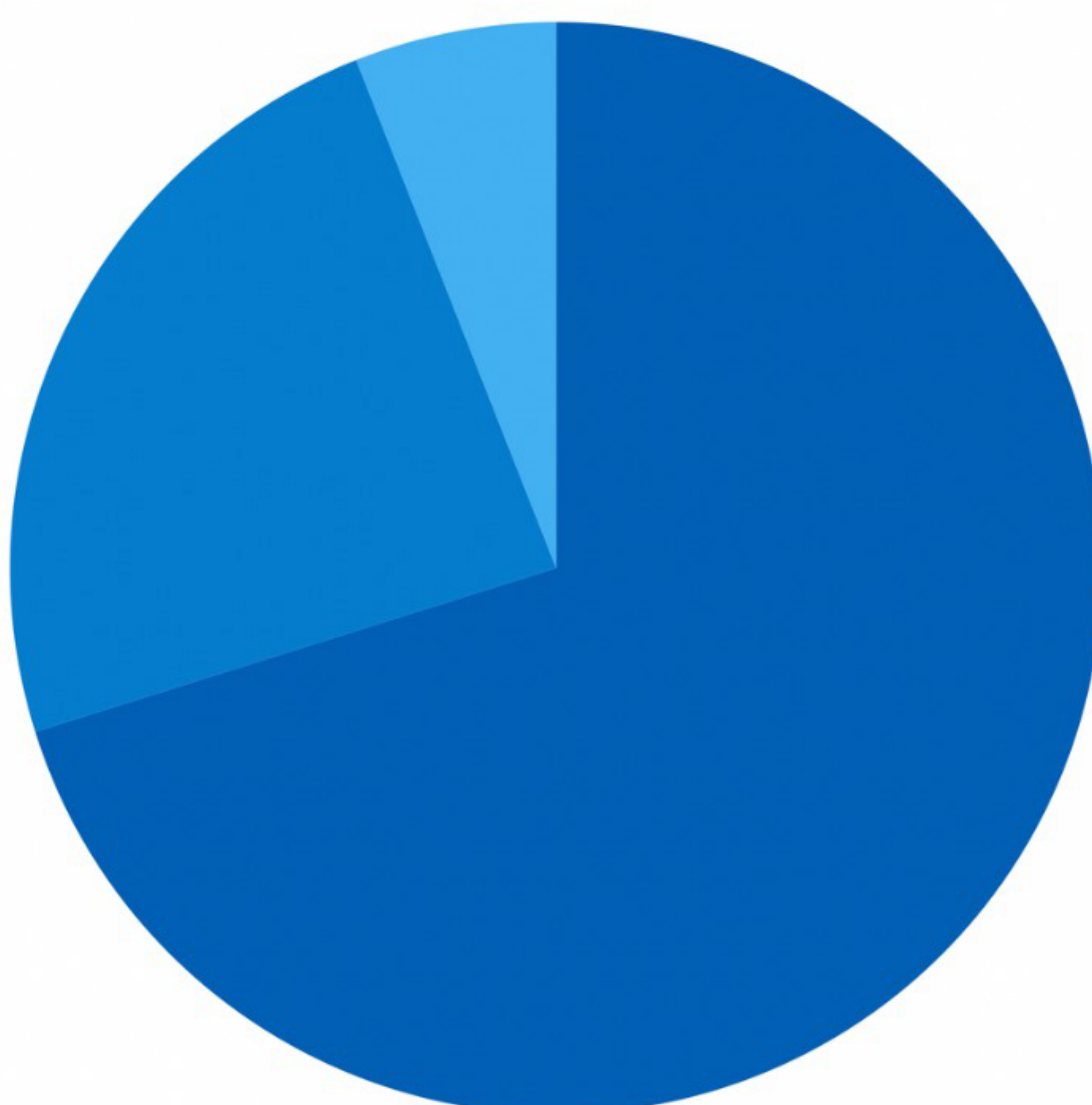


Figura 3. Distribución por sexo/género de no adherencia.

## RESULTADOS II

- Mayor no adherencia: Tenofovir 300 mg + Darunavir 800 mg + Cobicistat 150 mg + Dolutegravir 150 mg.
- Menor no adherencia: Dolutegravir 50 mg + Abacavir 600 mg + Lamivudina 300 mg; seguido de Bictegravir 50 mg + Emtricitabina 200 mg + Tenofovir alafenamida 25 mg (Fig.3).

Esquemas farmacológicos y su relación con la no adherencia

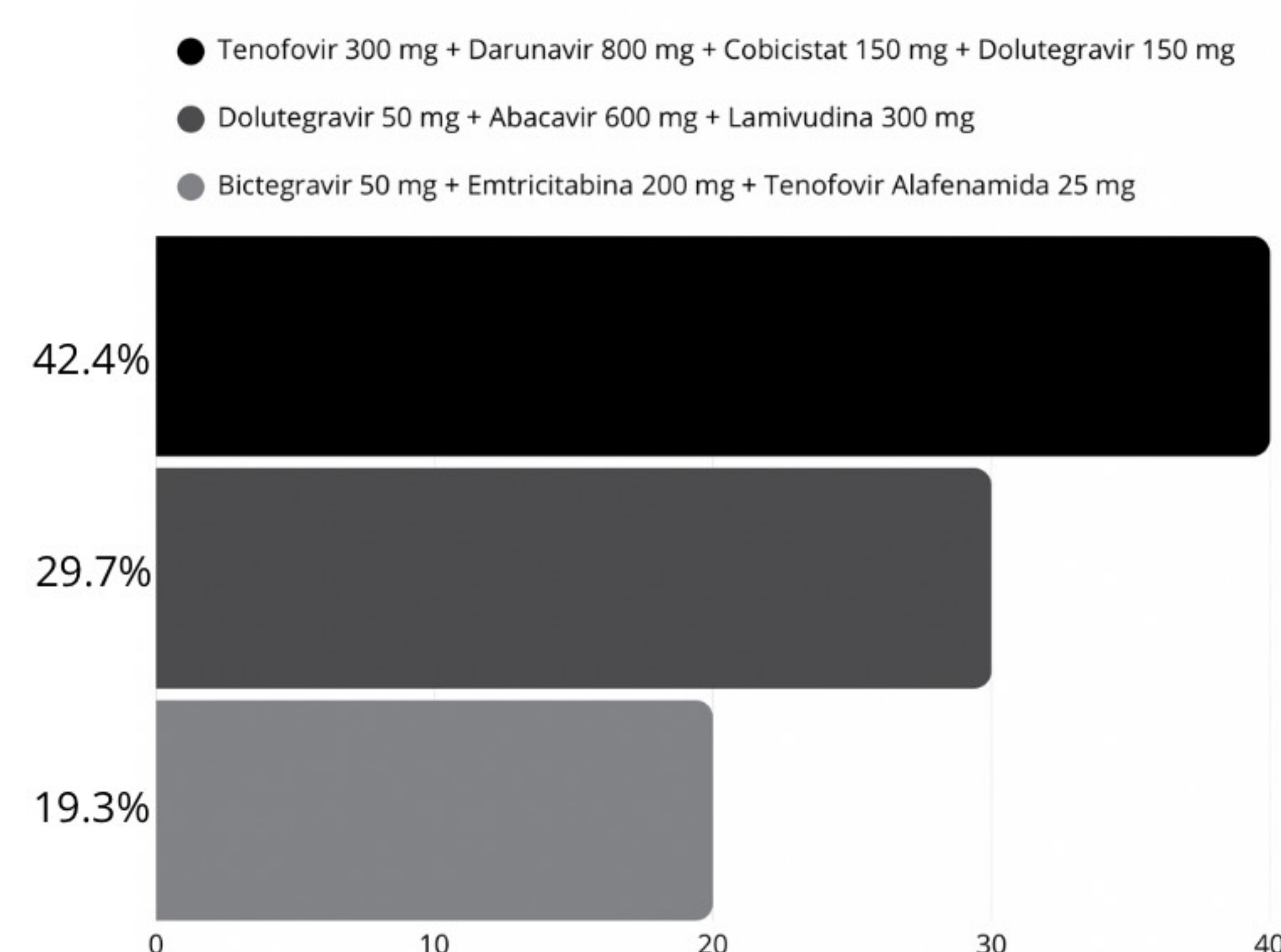


Fig. 3. Ranking de esquemas según % de no adherencia.

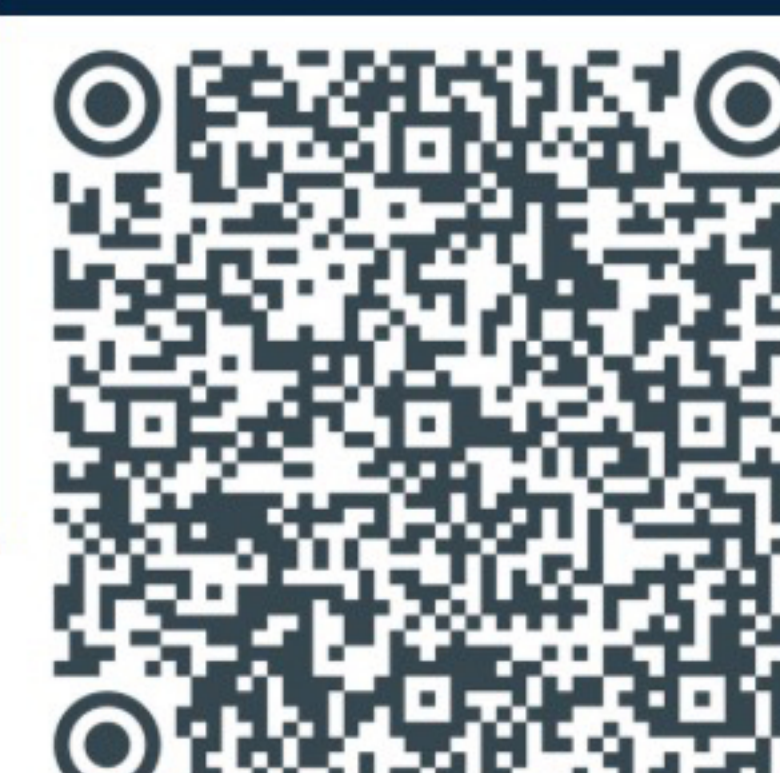
## DISCUSIÓN

- La no adherencia (≈10%) se concentra en 25–44 años y muestra repunte 2025; coincide con fricciones logísticas y movilidad interjurisdiccional.
- Los esquemas DTG/ABC/3TC y BIC/FTC/TAF muestran mejor persistencia; TDF+DRV+COBI+DTG concentra mayor no adherencia.
- Priorizar simplificación de esquemas, abasto continuo y sincronía consulta–resurtido puede reducir la fracción no suprimida.

## CONCLUSIONES

- El ~10% no adherente concentra el riesgo clínico-programático y debe priorizarse.
- Regímenes con mejor persistencia (p. ej., DTG/ABC/3TC) deberían preferirse cuando sean clínicamente elegibles.
- Implementar recordatorios y navegación de pacientes y enlaces interjurisdiccionales para continuidad del TAR.

### EXTENSO



### BIBLIOGRAFÍA

