

T
615.5
Z92

**NO SALE A
DOMICILIO**



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA AMAZONIA PERUANA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
"RAFAEL DONAYRE ROJAS"



**"FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS, CLÍNICOS Y TERAPÉUTICOS ASOCIADOS
A LA ADHERENCIA DE LA TERAPIA ANTIRETROVIRAL DE GRAN ACTIVIDAD EN EL
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO DEL 2010 - 2012"**

TESIS

Para Optar el Título de Médico – Cirujano

Presentado por:

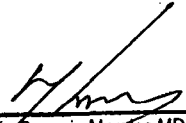
Bach. ENRIQUE ULESS ZUMAETA SAAVEDRA

Asesor:

Dr. WILFREDO MARTIN CASAPIA MORALES

IQUITOS – PERU

2013


Martin Casapia Morales MD MPH
Médico Especialista es Enfermedades
Infecciosas y Tropicales
CMP: 24299 RNE: 13111

DONADO POR:
ENRIQUE U. ZUMAETA SAAVEDRA
Iquitos, 25 de 09 de 2013





UNAP

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
"Rafael Donayre Rojas"
SECRETARÍA ACADÉMICA

ACTA DE SUSTENTACIÓN

En la ciudad de Iquitos, a los **doce** días del mes de **abril** del **dos mil trece**, siendo las **12:00 horas**, el jurado de tesis designado según **Resolución Decanal N° 178-2013-FMH-UNAP**, con cargo a dar cuenta al consejo de facultad, integrado por los señores docentes que a continuación se menciona:

Dr. Ricardo Chávez Chacaltana	Presidente
Dr. Pedro Portocarrero Nogueira	Miembro
Dr. Pantaleón Soto Rojas	Miembro


Se constituyeron en las instalaciones del Salón de Grados de la Facultad de Medicina Humana, para proceder a dar inicio al acto de sustentación pública de la tesis titulada: **"FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS, CLÍNICOS Y TERPÉUTICOS ASOCIADOS A LA ADHERENCIA DE LA TERAPIA ANTIRETROVIRAL DE GRAN ACTIVIDAD EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO DEL 2010 - 2012"**, del bachiller en medicina **ENRIQUE ULESS ZUMAETA SAAVEDRA**, para optar el **TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO** que otorga la **UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA AMAZONÍA PERUANA**, de acuerdo a la ley universitaria 23733 y el estatuto general de la UNAP vigentes.

Luego de haber escuchado con atención la exposición del sustentante y habiéndose formulado las preguntas necesarias, las cuales fueron respondidas de forma ... *Satisfactoria*

El Jurado llegó a la siguiente conclusión:

1. La Tesis ha sido ... *aprobado por unanimidad*
2. Observaciones ... *ninguna*

Siendo las *13:00 horas*... se dio por concluido el acto de sustentación pública de tesis, felicitándole al sustentante por su ... *aprobación*



Dr. Ricardo Chávez Chacaltana
Presidente



Dr. Pedro Portocarrero Nogueira
Miembro



Dr. Pantaleón Soto Rojas
Miembro

ÍNDICE DE CONTENIDO

	<u>Pág.:</u>
Indice de Tablas.....	3
Indice de Gráficos1.....	5
Dedicatoria	6
Agradecimientos	7
Resumen	8
CAPÍTULO I	
1.1.- Introducción.....	9
1.2.- Planteamiento del Problema.....	13
1.3.- Objetivos.....	15
CAPÍTULO II	
2.1.- Marco Teórico.....	17
2.2.- Definición Operacional de Variables.....	41
2.3.- Operacionalización de Variables (Matriz de Consistencia).....	45
CAPÍTULO III	
3.1.- Metodología	52
CAPÍTULO V	
4.1.- Resultados	59
4.2.- Discusión.....	77
4.3.- Conclusiones.....	81
4.4.- Recomendaciones.....	82
CAPÍTULO V	
5.1.- Referencias Bibliográficas	84
5.2.- Anexos.....	88

INDICE DE TABLAS

	PAG
TABLA 1	Distribución de los pacientes en TARGA según Edad Hospital Regional de Loreto 2010 – 201260
TABLA 2	Distribución de los pacientes en TARGA según Grado de Instrucción Hospital Regional de Loreto 2010 – 201261
TABLA 3	Distribución de los pacientes en TARGA según Consumo de Alcohol Hospital Regional de Loreto 2010 – 201263
TABLA 4	Distribución de los pacientes en TARGA según Soporte Social Hospital Regional de Loreto 2010 – 201265
TABLA 5	Distribución de los pacientes en TARGA según Tiempo de Enfermedad Hospital Regional de Loreto 2010 – 201266
TABLA 6	Distribución de los pacientes en TARGA según Tiempo de Tratamiento Hospital Regional de Loreto 2010 – 201266
TABLA 7	Distribución de los pacientes en TARGA según Esquema de Tratamiento Hospital Regional de Loreto 2010 – 201267
TABLA 8	Distribución de los pacientes en TARGA según Tipo de RAM Hospital Regional de Loreto 2010 – 201268
TABLA 9	Distribución de los pacientes en TARGA según Razón por la que no tomaron su medicación Hospital Regional de Loreto 2010 – 201269
TABLA 10	Relación entre Edad y Grado de Adherencia a la terapia TARGA Hospital Regional de Loreto 2010 - 201270
TABLA 11	Relación entre Sexo y Grado de Adherencia a la terapia TARGA Hospital Regional de Loreto 2010 - 201270
TABLA 12	Relación entre Tipo de Lugar de Procedencia y Grado de Adherencia a la terapia TARGA Hospital Regional de Loreto 2010 - 201271
TABLA 13	Relación entre Grado de Instrucción y Grado de Adherencia a la terapia TARGA Hospital Regional de Loreto 2010 - 201271
TABLA 14	Relación entre Ocupación y Grado de Adherencia a la terapia TARGA Hospital Regional de Loreto 2010 - 201272

TABLA 15	Relación entre Consumo de alcohol y Grado de Adherencia a la terapia TARGA Hospital Regional de Loreto 2010 - 2012	72
TABLA 16	Relación entre Frecuencia de Consumo de alcohol y Grado de Adherencia a la terapia TARGA Hospital Regional de Loreto 2010 - 2012.....	73
TABLA 17	Relación entre Soporte Social y Grado de Adherencia a la terapia TARGA Hospital Regional de Loreto 2010 - 2012.....	73
TABLA 18	Relación entre Soporte Social y Grado de Adherencia a la terapia TARGA Hospital Regional de Loreto 2010 - 2012.....	74
TABLA 19	Relación entre Soporte Social y Grado de Adherencia a la terapia TARGA Hospital Regional de Loreto 2010 - 2012.....	74
TABLA 20	Relación entre Modo de Transmisión y Grado de Adherencia a la terapia TARGA Hospital Regional de Loreto 2010 - 2012	75
TABLA 21	Relación entre Tiempo de Enfermedad y Grado de Adherencia a la terapia TARGA Hospital Regional de Loreto 2010 - 2012	75
TABLA 22	Relación entre Tiempo de Tratamiento y Grado de Adherencia a la terapia TARGA Hospital Regional de Loreto 2010 - 2012	76
TABLA 23	Relación entre Esquema de Tratamiento y Grado de Adherencia a la terapia TARGA Hospital Regional de Loreto 2010 - 2012	76
TABLA 24	Relación entre RAM y Grado de Adherencia a la terapia TARGA Hospital Regional de Loreto 2010 - 2012.....	77

INDICE DE GRAFICOS

PAG

GRAFICO 1	Distribución de los pacientes en TARGA según Sexo Hospital Regional de Loreto 2010 – 2012	60
GRAFICO 2	Distribución de los pacientes en TARGA según Procedencia Hospital Regional de Loreto 2010 – 2012	61
GRAFICO 3	Distribución de los pacientes en TARGA según Ocupación Hospital Regional de Loreto 2010 – 2012	62
GRAFICO 4	Distribución de los pacientes en TARGA según Soporte Social Hospital Regional de Loreto 2010 – 2012	64
GRAFICO 5	Distribución de los pacientes en TARGA según Modo de Transmisión Hospital Regional de Loreto 2010 – 2012	65
GRAFICO 6	Distribución de los pacientes en TARGA según RAM Hospital Regional de Loreto 2010 – 2012	67
GRAFICO 7	Distribución de los pacientes en TARGA según Grado de Adherencia Hospital Regional de Loreto 2010 – 2012	69

DEDICATORIA

*EN PRIMER LUGAR QUIERO AGRADECER A DIOS TODOPODEROSO.
A MIS PADRES, A QUIENES DEBO TODO LO QUE SOY HASTA AHORA, Y POR QUIENES ME
ESFUERZO Y LUCHO CADA DIA*

AGRADECIMIENTOS

- *A mis padres Juan y Rocío, por todo el apoyo que me han brindado para poder realizar este estudio.*
- *A mi asesor, el Dr. Wilfredo Martín Casapía Morales por su paciencia y prestancia.*
- *Al Dr. César Ramal Asayag, por el impulso y los ánimos para realizar esta investigación, y su aporte en la búsqueda de información.*
- *Al personal que labora en el área de la Estrategia Sanitaria de PROCETS, por sus apoyo para poder realizar las encuestas a los pacientes y por brindarme todas las facilidades para la revisión de los datos.*
- *A mis amigos Melissa, Alejandro, Silvia, Raúl y Melita, con quienes compartí el año del internado.*
- *A Guillermo Pérez, por su apoyo en las encuestas, por el ímpetu que tuvo para poder realizarlas con cada paciente.*

RESUMEN

“FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS, CLÍNICOS Y TERAPÉUTICOS ASOCIADOS A LA ADHERENCIA DE LA TERAPIA ANTIRETROVIRAL DE GRAN ACTIVIDAD EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO DEL 2010 - 2012”

Bach. Med. ENRIQUE ULESS ZUMAETA SAAVEDRA

INTRODUCCION:

La correcta adherencia al tratamiento antirretroviral es uno de los factores más importantes para conseguir unos niveles terapéuticos adecuados en el paciente VIH y lograr así el objetivo final del tratamiento antirretroviral que es la supresión profunda y duradera de la replicación viral. La adherencia es un concepto relevante, especialmente en personas que viven con VIH-SIDA, para la salud pública y para el sistema sanitario. El incumplimiento terapéutico puede generar la aparición de mutantes resistentes a los fármacos e incrementar la morbimortalidad, siendo un factor predictor independiente de progresión a SIDA y muerte.

OBJETIVOS

Determinar cuáles son los factores sociodemográficos, clínicos y terapéuticos asociados a la adherencia de la terapia antirretroviral de gran actividad en el Hospital Regional de Loreto del 2010 al 2012.

METODOLOGIA:

El estudio fue de tipo descriptivo, transversal, evaluando a 50 pacientes en TARGA a los que se aplicó un cuestionario del AACTG (Adult AIDS Clinical Trial Group), la cual se basa en el reporte personal del uso de antirretrovirales y las razones por las que el entrevistado no tomó su dosis. Los pacientes fueron considerados adherentes cuando ellos tomaron el 100% de sus dosis (sin olvidar ninguna) dentro de las 4 semanas previas a la entrevista, de otro modo fueron considerados no adherentes.

RESULTADOS

El 28% de los encuestados resultó ser no adherente. El factor independiente asociado a la no adherencia fue la presencia de RAM ($p=0,021$), no encontrándose relación con los otros factores sociodemográficos (edad, sexo, procedencia, grado de instrucción, ocupación, consumo de alcohol y drogas, soporte social), clínicos (modo de transmisión, tiempo de enfermedad) y terapéuticos (tiempo de tratamiento, esquema de tratamiento).

PALABRAS CLAVE:

TARGA, VIH, ADHESION DEL PACIENTE

(Fuente: DeCS, MeSH)

CAPITULO 01

1.1. INTRODUCCION

La infección por VIH es un problema de salud global; según ONUSIDA el número estimado de personas que vivían con VIH en todo el mundo fines del año 2011 alcanzó los 34.0 millones [31.4 –35.9 millones]; en América Latina para el 2008 se tenía 170 000 [150 000–200 000] nuevas infecciones por HIV llevando el número de personas que viven con HIV a un estimado de 2 millones [1.8 – 2.2 millones], con un total de 77 000 fallecidos.^{1,2}

A nivel nacional, hasta diciembre del año 2012 se notificaron 48 679 personas infectadas por el virus del VIH, encontrándose 29 824 en estadio SIDA y Loreto como la tercera región más afectada con el VIH, ya que ha reportado 1247 casos de SIDA desde el inicio de la epidemia³. El primer caso fue informado en 1989, para 1997 ya se reportaban casos en 10 distritos de la región y en el 2004 eran 17 los distritos reportantes. A nivel de provincias, la mayoría de los casos reportados se encuentran en Maynas (87.5%), seguida de la provincia de Alto Amazonas⁴.

La epidemia del VIH/SIDA en el Perú ha cumplido 28 años de existencia desde la detección de los primeros casos y son múltiples los esfuerzos desarrollados para luchar contra ella. En 1996, aparece el TARGA, reconocida en la literatura en inglés como HAART, señalando que 3 drogas potentes en combinación permiten reducir la mortalidad, morbilidad, aparición de infecciones oportunistas, las costosas hospitalizaciones y, obviamente, una calidad de vida normal luego de la fase inicial de ajuste de dosis y tolerancia a la medicación. La calidad de vida de los pacientes con TARGA ha sido modificada de tal manera, que su esperanza de vida es similar a la de las personas no infectadas y en muchas consultas actuales, especialmente en los jóvenes, en sus planes a largo plazo, e incluso ante la opción de tener, criar y ver crecer a sus hijos. En el Perú, EsSALUD incorporó el TARGA hace más de 12 años y recién en mayo del 2004, el Ministerio de Salud otorgó gratuitamente tratamiento con TARGA a los pacientes que tienen criterio de inicio de medicación y se programó con el Fondo Global de NN.UU. llegar a tratar 7 000 pacientes en 3 años⁵. En este contexto, la ejecución, con financiamiento del Fondo Mundial, del Proyecto de Fortalecimiento de la Prevención y Control del SIDA y la Tuberculosis en la Fase I, ha permitido el

inicio de actividades de prevención y control, así como el TARGA a lo cual debemos de agregarle el gran esfuerzo desplegado por el país y particularmente en la región Loreto, la introducción de pruebas rápidas para el diagnóstico del VIH en la gestante y otras, cuyo impacto en la evolución de la epidemia se podrán observar en los siguientes años.

En tal sentido en la Región Loreto, 243 (74%) PVVS (Personas Viviendo con el Virus del SIDA) ya se encontraban recibiendo TARGA al mes de noviembre de 2007 y 508 el 2009. Actualmente los tres hospitales de la Dirección Regional de Salud Loreto (Hospital Regional de Loreto, Hospital de Apoyo Iquitos y Hospital de Yurimaguas) y la Asociación Civil Selva Amazónica (ACSA) están ofertando el TARGA. El Seguro Social del Perú - EsSalud filial Iquitos viene jugando también un importante rol en relación al incremento de la cobertura del tratamiento antiretroviral, en tanto dentro de las prestaciones regulares que brinda, considera el TARGA a los PVV afiliados a EsSalud. Cabe mencionar que para el año 2009, el 82% (2241) de los casos de Loreto se encontraban en Iquitos ciudad [Distritos de Iquitos, San Juan Bautista, Punchana, Belén].

Desde 1985 en que se inician los primeros ensayos clínicos con fármacos antiretrovirales, hasta 1997 en que se diseñó el TARGA, se buscó la supresión profunda y duradera de la replicación viral como objetivo principal de la Terapia Antirretroviral (ARV). Los avances en la terapia antirretroviral, representan un aumento de la supervivencia, mejoría de la calidad de vida de las personas con dicha infección y disminución de las complicaciones asociadas. Con la introducción del TARGA se ha reducido significativamente las tasas de mortalidad y morbilidad asociadas a la infección por VIH y al SIDA, convirtiendo a esta infección en una enfermedad crónica tratable y ya no una enfermedad terminal., en ese contexto la adherencia es un potente predictor de la respuesta al tratamiento. A pesar que el TARGA mejora la respuesta clínica, inmunológica y viral del paciente, es sumamente necesario mantener un gran nivel de adherencia a la terapia prescrita, ya que de no mantenerla se produciría un incremento de la actividad viral y con ello se podría desarrollar rápidamente resistencia a los fármacos. Por lo tanto, la adherencia cumple un papel clave en garantizar la efectividad de los fármacos, habiéndose demostrado que una incorrecta adherencia se relaciona con el aumento de los ingresos hospitalarios, la evolución a

SIDA, y es la principal causa de fracaso terapéutico. Por consenso se consideró como definición de adherencia: “El grado en que el paciente cumpla o se adhiera a las indicaciones terapéuticas”.^{6,7}

La adherencia implica una serie de conductas y ha sido explicado de manera acertada por el modelo de Creencias en Salud. El grado en que el usuario del servicio realice las indicaciones del prestador está afecto a una serie de factores externos e internos que acceden de acuerdo a un momento político-social determinado. La evolución del concepto de Adherencia está relacionada a la de la relación médico – paciente a través del devenir de la historia de la humanidad, de acuerdo a los diferentes momentos esta se entendió como “cumplimiento” (modelo Hipocrático-tradicional), como “responsabilidad del paciente” (modelo contractual) o como “responsabilidad compartida”(modelo de asociación); en los países en vías de desarrollo como el Perú todos los modelos coexisten en el sistema de salud, observando la presencia de los modelos más evolucionados en relación a la intervención de variables como el proceso salud enfermedad, el desarrollo o complejidad de las intervenciones del sistema de salud (oferta) , al grado de desarrollo de los factores socio-culturales y/o económicos de la población que lo demanda. La aplicación de una intervención de salud pública considerando sólo uno de ellos afectaría la adherencia en la población que accede a los otros.⁷

1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La adhesión terapéutica constituye una cuestión prioritaria en la investigación actual sobre la infección por VIH. La introducción de las nuevas terapias antirretrovirales ha reducido de manera importante la morbi-mortalidad asociada con esta infección. Sin embargo, el hecho de que estos tratamientos impliquen la ingesta simultánea de múltiples fármacos durante períodos de tiempo indefinidos y bajo rigurosas condiciones de administración, aumenta las probabilidades de abandono o de mal cumplimiento terapéutico por parte de los pacientes VIH+. La toma inadecuada del tratamiento TARGA puede llevar asociada la aparición de cepas víricas resistentes al tratamiento, constituyendo un factor de riesgo para la progresión de la infección y para la salud pública.⁸

La mayoría de los estudios ofrece resultados en los que solo 50 a 80% de los pacientes presentan buena adherencia al tratamiento, y se obtiene una buena correlación entre adherencia y control de la infección por el VIH, medida por la carga viral. Se observa que con adherencias superiores a 90% se obtiene un buen control virológico en 45 a 100% de los pacientes. Por lo tanto, se señala que con los tratamientos antirretrovirales evaluados son necesarias adherencias estrictas (superiores a 90%) para conseguir los objetivos terapéuticos, llegando a obtener menos de 400 copias del virus con este último valor. Es así que el criterio médico acordado para la adherencia al tratamiento es cuando este se cumple en 90 a 95% , verificado con el recuento viral y de linfocitos CD4.⁶

A nivel nacional después 5 años de TARGA gratuito, la adherencia fue disminuyendo progresivamente hasta el 2008 sin embargo, gracias al trabajo multisectorial se ha incrementado la adherencia de un 83% en el año 2008 a un 85% en el año 2009.⁹

A nivel local, la población sometida a TARGA del Hospital Regional de Loreto entre el 2010 al 2012 equivale a 500 PVVS, encontrándose 167 personas que abandonaron el tratamiento en este periodo.^{4,10,11}. Algunos estudios^{7,12} señalan que la falta de adherencia al tratamiento se relaciona con el abandono al mismo, y teniendo en cuenta la importancia que tiene conocer el grado de adherencia a la terapia antirretroviral de gran actividad en

los PVVVS, y los factores que principalmente se relacionan con la misma, se plantea la siguiente pregunta:

¿Cuáles son los factores sociodemográficos, clínicos y terapéuticos asociados a la adherencia al Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA) en los pacientes con VIH/SIDA del Hospital Regional de Loreto del 2010 al 2012?

1.3. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Determinar los factores sociodemográficos, clínicos y terapéuticos asociados a la adherencia de la terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA) de las personas viviendo con VIH/SIDA tratados en el Hospital Regional de Loreto del 2010 al 2012.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar las características sociodemográficos (edad, sexo, procedencia, grado de instrucción, ocupación, consumo de alcohol y drogas, soporte social) de las personas que viven con VIH/SIDA y que reciben TARGA en el Hospital Regional de Loreto.
- Identificar algunas características clínicas (modo de transmisión, tiempo de enfermedad) de las personas que viven con VIH/SIDA y que reciben TARGA en el Hospital Regional de Loreto.
- Identificar algunas características terapéuticas del TARGA (tiempo de tratamiento, esquema de tratamiento, reacción adversa del medicamento) de las personas que viven con VIH/SIDA atendidos en el Hospital Regional de Loreto.
- Determinar el grado de adherencia en los pacientes que viven con VIH/SIDA que reciben esquema TARGA en el Hospital Regional de Loreto.

CAPITULO 02

2.1. MARCO TEÓRICO

ANTECEDENTES

Existen diferentes estudios sobre factores asociados a la adherencia al TARGA, muchos de los cuales utilizan diferentes instrumentos (cuestionarios). Para efectos del presente estudio, se mencionan a continuación aquellos que utilizaron el mismo instrumento:

TEJADA y col (2011)¹³ en un estudio dirigido a determinar los factores asociados a la no adherencia a TARGA en gestantes VIH positivas, empleando los datos de adherencia recogidos por el estudio NISDI Longitudinal Study in Latin American Countries (LILAC) sede Perú, de junio de 2008 a febrero de 2010, relacionados a información sociodemográfica, del embarazo, del VIH y adherencia en base al cuestionario del Adult AIDS Clinical Trials Group (AACTG) en mujeres VIH positivas durante la gestación, parto y 6-12 semanas postparto. Se estudió 44 pacientes, siendo la edad promedio fue de 27.9 ± 5.9 años. Al enrolamiento el 86.4% tomaba TARGA, aunque al momento del parto todas recibieron TARGA, siendo el 27.3% como profilaxis para la transmisión vertical. El 61.4% se encontraba en su primer esquema; el esquema más usado fue 2NRTI+2PI (56.8%) seguido de 2NRTI+1NNRTI (34%), con una mediana de dos pastillas/día y por un tiempo promedio de 12.5 ± 16.6 meses. Durante la gestación la no adherencia fue de 7.3%, valor que aumentó a 21.2% en el parto y 11.8% en el postparto. Los factores asociados a la no adherencia fueron un menor tiempo recibiendo ARV, tomar más de dos pastillas al día y un mayor tiempo de diagnóstico de VIH. Además, durante el embarazo el 34.1% de gestantes refería haber perdido alguna vez dosis de ARV, 27.3% durante el parto y 23.5% durante el postparto. Entre las razones más frecuentes para haber perdido dosis estaban “estar lejos de casa” y “cambio en la rutina” (70%). Entre las mujeres que no habían perdido dosis el 11.1% reportó tener problemas para la toma de TARGA durante el embarazo, 4.2% al parto y 11.5% en el postparto. La no adherencia se incrementa de manera marcada en el parto, por el cambio en la rutina que conlleva la cesárea; y en el postparto posible-

mente por los cuidados del recién nacido. En este estudio no se consideraron otros factores como los de orden psicológico.

WASTI y col (2012)¹⁴ mediante un estudio *cross-sectional* analizó 330 pacientes que se encontraban con terapia antirretroviral (ARV), obteniéndose un total de 282 (85,5%) de los encuestados con adhesión plena, es decir, sin pérdida de dosis en las cuatro semanas previas a la entrevista, usando el instrumento del Adult AIDS ClinicalTrials-Group (AACTG) Los principales factores que influyeron en la adherencia fueron: la no revelación del estado de VIH, el consumo de alcohol, el sexo femenino, ser analfabeto, efectos secundarios, haber comenzado ARV \leq 24 meses, tiempo de traslado al hospital $>$ 1 hora, falta de conocimiento. La percepción negativa hacia los medicamentos ARV también afecta significativamente la falta de adherencia. Costos de transporte, seguido por el quedarse sin píldoras, no querer que otros se den cuenta, efectos secundarios, y estar ocupado eran las razones más comunes para la falta de adherencia.

Otros investigadores se valieron de otros cuestionarios estructurados, encontrando relación entre algunos factores y su asociación a la adherencia al TARGA, tales como:

BEJARANO y col (2006)¹⁵ realizaron un estudio con el objetivo de identificar los factores que determinan la adherencia al TARGA en los pacientes que reciben tratamiento antirretroviral del Hospital HermilioValdizan Medrano de la Ciudad de Huánuco encontrándose que la prevalencia a la adherencia fue de 95,3%, los factores estudiados: edad, grado de instrucción, tiempo en saber su diagnóstico, conocer su vía de contagio, apoyo familiar, entorno social, relación con pareja y otros; determinan una influencia importante para el logro de la adherencia.

MAZIEL y col (2007)¹⁶ realizó un estudio sobre las percepciones de las PVVS sobre los servicios de salud especializados y el TARGA, la misma que se realizó en los usuarios PVVS de los principales hospitales que proveen TARGA en cinco ciudades del Perú. Del total de 493 PVVS que reportaron estar en TARGA, la mayoría reportó que nunca había olvidado tomar el medicamento durante el último mes (89,9%). Cuando las personas que

reportaron no haber tomado TARGA durante el último mes, al menos una vez, fueron preguntadas por los motivos de ello se identificaron dos grupos predominantes de motivos: una proporción importante relacionada con el olvido, el estado de ánimo de las PVVS y con la falta de tiempo.

ALCANTARA (2008)¹⁷ evaluó a 91 pacientes del Hospital Nacional Hipólito Unanue (Lima), encontrando que los factores depresión y marginación, influyen como factores de riesgo asociados a la adherencia al TARGA en pacientes con VIH/SIDA, implicando un mayor riesgo a la no adherencia al TARGA, la depresión, encontrándose además que el soporte socio familiar tiene una gran influencia y juega un rol importante. Dentro de los factores de régimen terapéutico, el hecho de no tomar la medicación a las horas prescritas por el médico, influye como factor de riesgo, inclinándose al diagnóstico de la no adherencia en el paciente. Cabe indicar, que el motivo principal por el cual no toman los medicamentos a la hora indicada es debido principalmente a que alteran su rutina de vida diaria en estas personas; seguida de los muchos efectos adversos de la medicación. Descriptivamente, se demuestra que en la medida que el paciente va empeorando con infecciones oportunistas, éstos se vuelven no adherentes al TARGA.

ALVIS y col (2009)⁶ en su estudio para determinar la prevalencia y los factores asociados a la no adherencia al TARGA en adultos infectados con el VIH-SIDA, evaluaron a 465 personas se encontraban recibiendo TARGA en el servicio de Infectología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza (HNAL), registrados hasta el año 2007.; siendo el 35,9% de los encuestados no adherente. Los factores independientemente asociados a la no adherencia fueron: ser homosexual/bisexual, tener una baja calidad de vida relacionada a la salud, poco apoyo social, no tener domicilio fijo, tener morbilidad psíquica y tener mayor tiempo en tratamiento. Los factores de tipo psicosocial fueron los que influyeron de forma más importante en la falta de adherencia al tratamiento antirretroviral.

PEÑARRIETA y col (2009)¹⁸ con el objetivo de conocer la magnitud de la no adherencia al tratamiento antirretroviral e identificar los factores que intervienen en personas adscritas al programa de VIH de la Secretaría de Salud de Tamaulipas en México entre

junio de 2006 hasta octubre del 2008, se desarrolló un estudio de corte transversal, incluyendo a las 117 personas del programa de tratamiento, identificando no adherencia en los cuatro días y cuatro semanas últimas previas de aplicada la encuesta. Se observó que la tasa de no adherencia fue del 50% y el 48% en los últimos cuatro días y cuatro semanas, respectivamente. Los factores identificados en la no adherencia son no guardar el medicamento en un lugar específico, percepción insatisfecha de su salud actual y considerar difícil el manejo de su tratamiento.

BICERRA (2009)¹⁹ en un estudio sobre factores sociodemográficos y terapéuticos asociados a la adherencia de la terapia antirretroviral de gran actividad en el Hospital III EsSALUD de Iquitos, encontró que el 66,0% de los pacientes en tratamiento TARGA presenta una adecuada adherencia a la terapia; la cual se relacionó con la procedencia, tiempo de tratamiento y a la presencia de RAM.

GRIERSON y col (2011)²⁰ con el objetivo de determinar que número de factores personales, socioeconómicos relacionados al tratamiento y enfermedad fueron independientemente asociados con dificultad reportada a la toma de TAR en una muestra de PVVS en Australia se estudiaron 1106 pacientes, reportándose que 867 (78,4%) encuestados estuvieron tomando TAR en el momento de completar los estudios, 39,1% de estos encuestados reportaron dificultad a la toma de TAR, factores encontrados a ser independientemente asociados con dificultad reportada a la toma de TAR incluyen edad joven, alcohol y uso de drogas en fiestas, estado de salud pobre, diagnóstico de una condición de salud mental, vivir en el centro de la región, tomar más de un TAR por día, experiencia de efectos adversos físicos o discriminación en los servicios de salud, algunos tipos de régimen de TAR y actitudes específicas entre TAR y HIV.

BALTAZARY y col (2011)²¹ realizaron un estudio en tres clínicas de tratamiento y atención en Dar es Salaam (Tanzania). Una muestra de 197 personas sometidas a antirretrovirales y 30 profesionales de la salud fueron entrevistados. Se encontró que los factores responsables de la falta de adherencia fueron: la falta de conciencia del 63,5%, el estigma del 56%, los efectos secundarios del 53,3% y los costes un 28%. Otros factores que esta-

ban siendo ocupados el 25,4%, lejos del hogar 21,3%, 12,2% y olvidar ARVs no disponible 10,2%. Proporción de PVVS perdieron durante el seguimiento fue del 26%.

FELIX y col (2012)²² cuyo objetivo fue caracterizar el perfil sociodemográfico y clínico, el comportamiento en salud, creencias y actitudes sobre la enfermedad y el tratamiento de mujeres con HIV/SIDA atendidas en servicio ambulatorio de hospital universitario del interior de São Paulo, así como identificar factores que interfieren en la adhesión a la terapéutica antirretroviral. Los sujetos del estudio fueron 60 mujeres atendidas en el servicio. Se encontró que las mujeres tenían un promedio etario de 39,8; baja escolaridad, condiciones socioeconómicas insatisfactorias, y mantenían relación estable. La relación heterosexual fue la forma más frecuente de infección; 55% de las mujeres abandonaron el tratamiento, alegando como motivos principales los esquemas terapéuticos impuestos, los efectos colaterales de los antirretrovirales, el enfrentamiento psicológico de la enfermedad y el dolor inminente de la muerte; 35% de ellas no alcanzaron criterios de adhesión, considerándose el uso del 95% de la terapéutica antirretroviral prescrita.

LYIMO y col (2012)²³ en un estudio con el objetivo de identificar los determinantes más importantes de la adhesión en el norte de Tanzania, entrevistó a 61 pacientes. Resultando que la mayoría de los pacientes tenían básico entendimiento de la adherencia, pero también reveló conceptos erróneos acerca de tomar medicamentos después de que el consumo de alcohol. Creencias motivadoras de adherencia fueron la percepción de mejora de la salud y el deseo de vivir como los demás, así como el deseo de ser un buen padre. Una creencia desmotivadora fue que dejaban la ARV después de haber rezado por ser un acto de fe. Los facilitadores de adhesión fueron el apoyo de amigos y familiares, y la ayuda de atención domiciliaria. Importantes barreras para la adherencia antirretroviral fueron el uso de alcohol, falta de disponibilidad de las preocupaciones de los alimentos, el estigma y la divulgación, y los consultorios que dispensan muy pocas píldoras.

GIANOTTI y col (2012)²⁴ en un estudio dirigido a evaluar si la carga de pastillas se asocia con una percepción de la adherencia a los regímenes de combinación antirretroviral actual encontró que entre 2763 sujetos en tratamiento durante el período de estudio,

Después de ajustar por edad, sexo, factores de riesgo de VIH, el recuento de CD4 actual, la cantidad de pastillas y el intervalo de dosificación, la adherencia fue mayor en los pacientes con niveles indetectables de ARN del VIH y directamente asociados con el recuento de CD4 actual.

KAKJING y col (2012)²⁵ evaluaron a 461 pacientes que acudieron a la clínica del Hospital Universitario de la Universidad de Jos (Nigeria), reportando un nivel de adherencia del 87,9%, se encontró que los siguientes factores tienen un fuerte impacto en la adherencia: edad, sexo, el empleo, el conocimiento del VIH, frecuencia de tres veces al día de la toma del fármaco, el doble de frecuencia diaria, el no consumo de alcohol, el conocimiento de los ARV, la cantidad de pastillas y la revelación estatus de VIH.

VIH/SIDA

El VIH es el agente infeccioso determinante del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). El VIH se incluye en el género Lentivirus, encuadrado en la subfamilia Orthoretrovirinae de la familia Retroviridae. Puede ser detectado por la prueba de VIH. La presencia de anticuerpos no puede combatir la infección, pero es utilizada para detectar si una persona tiene el VIH en su cuerpo.

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) se ha cobrado la vida de más de 25 millones de personas desde que fue identificado por primera vez en 1981. El número estimado de personas que viven con el VIH en todo el mundo en 2 008 alcanza los 33,4 millones [31,1–35,8 millones], de los cuales 31,3 millones son adultos, 15,7 millones son mujeres y 2,1 millones son menores de 15 años. Se estima que la epidemia del VIH/SIDA durante ese año ha causado 2 millones de personas fallecidas por esta enfermedad de las cuales 280 000 eran menores de 15 años. Las nuevas infecciones por el VIH adquiridas durante el 2 008 fueron 2.7 millones.²

VIH/SIDA EN EL PERU

En nuestro país el número de casos de SIDA notificados como fallecidos, desde 1986 – 2005 fueron 6 468 personas. El total de fallecidos durante el 2 005 fue de 356. Dentro del país existen diferencias en cuanto al riesgo de transmisión, siendo mucho mayor en los departamentos de la costa con elevada urbanización y con mayor comunicación con la ciudad de Lima y en algunas ciudades de la selva, siendo por otro lado mucho menor en departamentos con población predominantemente rural y andina. Desde que se reportó el primer caso de SIDA en Perú han pasado 28 años y desde entonces se han notificado, según datos de la Dirección General de Epidemiología (DGE) – MINSA, 27,315 casos de SIDA y 43,500 casos de VIH hasta 28 de Febrero del 2011. ²⁶

La prevalencia del VIH en el Perú es de 0,5%. La epidemia es catalogada como CONCENTRADA (prevalencia en población vulnerable >5%). La prevalencia es mayor en hombres que tienen sexo con hombres (HSH) – 10,8% (según ONUSIDA2 los HSH tienen una incidencia de HIV como modo de exposición del 54, 97%) y trabajadoras sexuales (TS) – 0,5% La prevalencia en gestantes es menor de 0,23% Se han estimado 400 a 700 casos de recién nacidos infectados por año, más de 5,000 en la última década. Se estiman alrededor de 73,542 personas con HIV en 2008. Más de 15,000 personas han fallecido debido al Sida en el Perú en los 24 años de epidemia. Se reportan entre 1,100 - 1,200 muertes por año. Más del 70% de todos los casos de Sida pertenecen a la ciudad de Lima y el Callao. Las ciudades más afectadas se encuentran en la costa y selva Amazónica; mientras que la sierra tiene bajas prevalencias. La mayor cantidad de casos reportados son varones entre los 24 y 39 años de edad. Se debe tomar en cuenta que las personas pudieron haber adquirido la infección 10 años atrás, ya que el virus tarda aprox. 10 años en llegar a la fase SIDA.9

TRATAMIENTO ANTIRETROVIRAL DE GRAN ACTIVIDAD

DEFINICION

La Terapia Antiretroviral de Gran Actividad (TARGA), reconocida en la literatura en Inglés como HAART, señala que 3 drogas potentes en combinación permiten reducir la mortalidad, morbilidad, aparición de infecciones oportunistas, las costosas hospitalizaciones y, obviamente, una calidad de vida normal luego de la fase inicial de ajuste de dosis y tolerancia a la medicación⁵. Por tal motivo el gobierno peruano, a través del Ministerio de Salud, consideró la implementación del TARGA en el plan CONTRASIDA 2000 – 2005, y que fue actualizado para el bienio 2004-2006 por ser de necesidad para el país.²⁷

La TARGA está diseñada para suprimir la replicación viral, lo que resulta en el incremento del recuento de linfocitos T CD4, mejoría de la función inmune, retraso de la progresión clínica y prolongación del tiempo de supervivencia. La magnitud de estos beneficios fue modesta durante la década de los 90, cuando el tratamiento consistía en 1 o 2 análogos nucleósidos inhibidores de la transcriptasa reversa. La introducción de la TARGA, capaz de alcanzar supresión máxima de la replicación viral, logró beneficios clínicos evidentes. Es considerada como una de las mejores estrategias costo-efectiva introducidas en la última década, porque reduce la mortalidad, hospitalizaciones, la incidencia de infecciones oportunistas, el uso de servicios de salud y mejora la calidad de vida. A continuación se mencionan algunas definiciones a tener en cuenta:²⁸

- **Tratamiento antiretroviral de alta efectividad - TARGA:** Que implica la combinación de tres o más drogas antiretrovirales de diferente principio farmacológico y que permite la disminución de la carga viral en sangre hasta niveles indetectables, conduciendo a la recuperación inmunológica del paciente en fase de inmunodeficiencia.
- **Tratamiento “naive” o de inicio:** Destinado a pacientes sin experiencia previa con terapia antiretroviral.
- **Adherencia:** Se define como el cumplimiento adecuado de la medicación antiretroviral, la que debe ser mayor a 95%.

Este tratamiento está formado, fundamentalmente, por una combinación de fármacos que se engloban dentro de tres grupos de antirretrovirales: inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleósidos (ITIAN o NRTI en inglés), inhibidores de la transcriptasa inversa no análogos de nucleósidos (ITINAN o NNRTI en inglés) e inhibidores de la proteasa (IP o PI en inglés). El uso combinado de estos tres tipos de fármacos en las fases iniciales de la infección, cuando la cantidad de virus es escasa, hace que el tratamiento sea más eficaz.^{29,30}

- ***Inhibidores nucleósidos de la transcriptasa reversa (INTR):*** La transcriptasa reversa es una enzima del VIH, que al ser inhibida por esta droga, no cumple su función y esto hace más lenta o impide la replicación del virus dentro de las células infectadas. En este grupo se incluyen: zidovudina (AZT), lamivudina (3TC), estavudina (d4T), didanosido (ddl), entre otros.

Esta clase de drogas comparte las siguientes características:

- ✓ Se pueden tomar antes o después de los alimentos (excepto el ddl, que debe ser tomado en ayunas)
- ✓ En general, no interactúan con otras drogas
- ✓ Todos los INTR pueden producir una condición clínica rara pero fatal: acidosis láctica y esteatosis hepática
- **Zidovudina (AZT):** Puede ser dada combinada con otra droga de la misma clase (por ejemplo: AZT + epivir, o AZT + ddl), pero AZT no puede combinarse con d4T (o estavudina). Los efectos adversos más comunes incluyen: anemia, náuseas, vómitos, dolor de cabeza, fatiga, confusión, malestar, alteraciones en los músculos y hepatitis.
- **Lamivudina (3TC):** Es la droga mejor tolerada de todos los INTR. Sin embargo, incluso en terapias combinadas, el virus puede hacerse resistente a ella. Son poco comunes los efectos adversos. Puede producir infrecuentemente dolor de cabeza y náuseas.

- Estavudina (d4T): Es una droga en general bien tolerada, pero puede causar neuropatía sensorial periférica (que son alteraciones en la capacidad de sentir golpes o daños en pies y manos), la cual generalmente desaparece después de que la droga es suspendida. Puede ocurrir pancreatitis, especialmente cuando se combina con didanosido. Por el incremento de efectos colaterales, ya no se recomienda esta combinación (d4T+ddl).
- Didanosido (ddl): No se recomienda su combinación con estavudina ni zalcitabina por un incremento en la toxicidad. Los eventos adversos que limitan su uso son: la neuropatía periférica dolorosa (dolor en manos, brazos, piernas y pies) relacionada a la dosis, pancreatitis y disturbios gastrointestinales. El didanosido puede interferir con la absorción de otras drogas que requieren acidez gástrica, como el indinavir, por lo que deben ser tomadas con una a dos horas de diferencia.
- ***Inhibidor no nucleósido de la transcriptasa reversa (INNTR): También*** inhiben a la transcriptasa reversa, pero con un mecanismo diferente. Pertenecen a esta clase: nevirapina, efavirenz y delavirdina

Esta clase de drogas comparte las siguientes características:

- ✓ La resistencia cruzada es muy común entre estas drogas, es decir si se desarrolla resistencia a efavirenz, no se debe utilizar nevirapina en el siguiente esquema porque muy probablemente también es resistente a esta.
- ✓ Pueden causar rash, que puede llegar a ser muy severo
- ✓ Son metabolizados a través del citocromo P450 hepático por lo que puede ocurrir interacción con otras drogas como los inhibidores de proteasa
- Nevirapina: El rash (aparición de una lesión extensa en la piel, que puede ser de varios tipos) es común tempranamente en el tratamiento y puede ser más severo y más frecuente que entre los otros INNRT. Para disminuir el riesgo de rash se recomienda iniciar 200 mg de nevirapina al día por dos

semanas para después subir la dosis a 400 mg al día. La elevación de las transaminasas (se mide en una prueba de sangre que se toma para ver si el hígado ha sido afectado) y la hepatitis clínica puede ocurrir con nevirapina por lo que se recomienda un seguimiento cercano de las pruebas de función del hígado.

- Efavirenz: Los efectos colaterales más comunes son los relacionados al SNC, entre los más frecuentes: mareos, dolor de cabeza, insomnio y dificultad para concentrarse. También puede producir rash.
- ***Inhibidores de proteasa (IP)***: Inhiben la enzima proteasa del virus impidiendo la producción de proteínas necesarias para la maduración y replicación del VIH. En esta clase se encuentran: indinavir, nelfinavir, lopinavir/ritonavir (Kaletra®), entre otros.

Esta clase de drogas comparte las siguientes características:

- ✓ Todos pueden causar intolerancia gastrointestinal.
- ✓ Han sido asociados a hiperglicemia (elevación del azúcar en la sangre), aparición de diabetes mellitus e hiperlipidemia (aumento de las grasas en sangre, como el colesterol).
- ✓ Son metabolizados por el hígado, por lo que puede haber interacción con otras drogas que también son metabolizadas por este órgano.
- Indinavir: La administración debe ser con el estómago vacío. Puede producir los efectos adversos descritos para esta familia. Entre el 10 al 28% de pacientes que toman indinavir pueden presentar cálculos en el riñón con o sin sangre al orinar. Para disminuir este riesgo los pacientes deben tomar uno o dos litros de agua diariamente.

- Lopinavir/ritonavir (Kaletra®): Se debe administrar con comidas. Esta droga es generalmente bien tolerada. Los eventos adversos mas comunes son gastrointestinales, especialmente diarrea.
- Nelfinavir: Debe administrarse con comidas. Puede producir diarreas y los efectos adversos relacionados a esta familia así como osteoporosis.

REACCIONES ADVERSAS AL TRATAMIENTO ANTIRETROVIRAL

Desde 1997, el uso de la terapia antirretroviral combinada se ha convertido ampliamente en el estándar de tratamiento de VIH y ha dado lugar a una bien documentada tendencia de disminución de la morbilidad y la mortalidad entre los pacientes VIH positivos. Sin embargo, porque las personas infectadas con VIH tienden a vivir más tiempo, están apareciendo otras complicaciones en el manejo clínico de estos pacientes. Cambios metabólicos y morfológicos han sido descritos en pacientes infectados por VIH que reciben terapia antirretroviral combinada, incluyendo dislipidemia, anormalidades del metabolismo de la glucosa, la resistencia a la insulina, acidosis láctica, y la alteración de la distribución de grasa corporal son comunes. Estas complicaciones pueden aumentar el riesgo de estos pacientes de enfermedad cardiovascular.^{30,31,32,33}

Se pueden encontrar diferentes reacciones adversas o secundarias al uso de antirretrovirales. Los efectos adversos relacionados con los fármacos antirretrovirales se mencionan a continuación:³⁴

FARMACO		EFECTOS ADVERSOS
Inhibidores nucleósidos de la transcriptasa reversa	ZIDOVUDINA (AZT ó ZDV)	Entre los más frecuentes: anorexia, fatiga, cefalea, malestar generalizado, mialgias, náusea e insomnio. Incluso desde las 4 semanas de farmacoterapia puede surgir anemia en 7% de individuos con enfermedad avanzada por VIH.
	DIDANOSINA (ddI)	La diarrea es un efecto adverso frecuente, pero la neuropatía periférica y la pancreatitis son los efectos tóxicos más graves. La neuropatía periférica es una polineuropatía simétrica, distal y sensitiva que afecta más a menudo a los pies y las extremidades inferiores. Los pacientes señalan insensibilidad, hormigueos y disestesias dolorosas. La pancreatitis es rara.
	ESTAVUDINA (d4T)	El principal efecto adverso es la neuropatía periférica que origina insensibilidad, hormigueos y dolor de pies.
	LAMIVUDINA (3TC)	Son raros los efectos adversos importantes. En dosis mayores se ha señalado la aparición de cefaleas y náuseas.
	ABACAVIR (ABC)	Los efectos adversos más frecuentes son síntomas de vías gastrointestinales, manifestaciones del sistema nervioso y un síndrome de hipersensibilidad
Inhibidores no nucleósidos de la transcriptasa reversa	NEVIRAPINA (NVP)	Los más frecuentes incluyen exantemas, fiebre, fatiga, cefalea, somnolencia, náusea e incremento de la concentración de las enzimas en el hígado. El exantema; por lo regular se trata de uno macular o papular leve que abarca tronco, cara y extremidades.
	EFAVIRENS (EFV)	Los más comunes incluyen cefalea, mareos, pesadillas, disminución de la concentración psíquica y exantema. Los síntomas del sistema nervioso central casi siempre aparecen con la primera dosis y pueden persistir durante horas. Los más intensos por lo regular desaparecen en el curso de semanas.
Inhibidores de Proteasa	INDINAVIR (IDV)	Uno peculiar es la cristaluria, encontrándose en el 3% de los enfermos: nefrolitiasis. También se observan a veces, alteraciones de las vías gastrointestinales y cefalea e insomnio.
	LOPINAVIR (LPV)	Suele tolerarse. Efectos adversos más comunes se han observado en las vías gastrointestinales: heces anormales, diarrea y náuseas.
	RITONAVIR (RTV)	Molestias gastrointestinales: náuseas, diarrea, anorexia, dolor abdominal. También es frecuente observar parestesias periféricas y peribucales.
	NELFINAVIR (NFV)	Diarreas o heces laxas, cuadro benigno o leve.

ASTUVILCA y col (2007)³⁵ realizó un estudio en 353 pacientes VIH (+) mayores de 18 años que recibieron TARGA por primera vez en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, con un seguimiento de 360 días desde la primera prescripción. Se recabó las reacciones adversas a los medicamentos antirretrovirales de las historias clínicas y tarjetas de control. Se encontró una incidencia acumulada de 66,7% de efectos adversos al TARGA inicial y una densidad de incidencia de 9,1 eventos de reacciones adversas por 10 personas-año

de seguimiento. Anemia (23,4%), náuseas (20,6%) y rash (17,2%) fueron las reacciones adversas más frecuentes. El uso de drogas; consumo de alcohol y estadio SIDA estuvieron asociadas con la presencia de reacciones adversas.

The INSIGHT–ESPRIT StudyGroup and SILCAAT ScientificCommittee (2009)³⁶ realizaron 2 estudios sobre el uso de terapia antirretroviral más interleucina-2 recombinante subcutánea que aumenta los recuentos de CD4 más que la terapia antirretroviral sola. En el estudio SILCAAT, 203 pacientes que recibieron interleucina- 2 + terapia antirretroviral y 186 recibieron terapia antirretroviral sola. En el grupo de interleucina se encontraron trastornos gastrointestinales y psiquiátricos. En ESPRIT, eventos adversos ocurrieron en 466 pacientes que recibieron interleucina-2 y terapia antirretroviral y 383 recibiendo tratamiento antirretroviral solo. Se encontraron eventos vasculares en 40 pacientes que recibieron interleucina-2 y terapia antirretroviral y en 14 que recibieron terapia antirretroviral sola. El tipo más frecuente de evento vascular fue trombosis venosa profunda (afectó a 10 pacientes que recibieron terapia de interleucina-2 y antirretroviral y a 2 que recibieron tratamiento antirretroviral solo).

MARTIN y col (2009)³⁷ durante 6 meses consecutivos realizaron una encuesta a 1936 pacientes con TARGA, en la que debían indicar si habían experimentado alguna reacción adversa durante los 6 meses anteriores, cómo actuaron y cuál fue la evolución clínica. Se conoció que 661 (34,1%) refirieron reacción adversa durante los 6 meses anteriores siendo las más frecuentes: diarreas, toxicidad en el sistema nervioso central y otras alteraciones digestivas.

MORILLO y col (2009)³⁸ mediante un estudio retrospectivo observacional de los pacientes en tratamiento antirretroviral con ABC-3TC-AZT, se analizó la causa de discontinuación en aquellos pacientes que no siguieron con esta terapia. Se encontró que un total de 114 pacientes fueron tratados con esta terapia. Un 25,4% era naïve. El 34,2% (39/114) de los pacientes discontinuó el tratamiento. En el 92,3% del total de casos esto ocurrió antes de alcanzar las 48 semanas en tratamiento. Las causas de discontinuación fueron:

reacciones adversas (46,1%), abandono voluntario (33,3%), decisión clínica (15,4%) y otros motivos (5,1%).

El empleo progresivo de la terapia antiretroviral de gran actividad (TARGA) ha originado un cambio en el tratamiento de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), generando reducciones importantes en la mortalidad y morbilidad asociadas. Como resultado, los la esperanza de vida y la calidad de vida, que se acercan normal para personas infectadas con VIH que tienen acceso a estos medicamentos.³⁹. Esto ha condicionado que la infección por el VIH sea ahora considerada como una enfermedad crónica y no como una enfermedad terminal.

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRETROVIRAL DE GRAN ACTIVIDAD

El objetivo de la terapia de gran actividad (TARGA) es la supresión profunda y duradera de la replicación viral. Es conocido que, diariamente, el VIH produce alrededor de 10^{10} viriones en cada persona infectada. Si no se asegura la existencia de concentraciones terapéuticas de los fármacos, suficientes para inhibir esta replicación, la aparición de resistencias es altamente probable. Entre los numerosos factores que pueden contribuir a la no consecución de los objetivos terapéuticos deseados destaca, por su necesidad, la adherencia incorrecta al tratamiento.

DEFINICIÓN

En una Revisión de la adherencia al TARGA7 se encontraron varias definiciones de adherencia al tratamiento antirretroviral, a continuación se citan las más relevantes:

- Es la medida en que los comportamientos del paciente coinciden con los consejos del médico en referencia a la toma de los medicamentos, seguir una dieta o realizar cambios de estilos de vida. La adherencia incorrecta al tratamiento incluye aspectos como la omisión de tomas, reducción de la duración de éste, realizar abandonos periódicos u ocasionales de la medicación, no ajustarse a los requerimientos alimentarios, ni a los intervalos correctos de administración. Puede incluir aspectos de infrautilización de los fármacos, lo que conduce al fracaso terapéutico o sobre utilización y provoca reacciones adversas. (Hernando Knobel , Servicio de Medicina Interna-Infeciosas. Hospital del Mar. Barcelona. España).
- Debe ser entendida como un proceso de negociación entre el usuario y los profesionales de salud, en el cual son reconocidas las responsabilidades específicas de cada uno, que apunta a fortalecer la autonomía para el autocuidado. La adherencia es un proceso dinámico y multifactorial que abarca aspectos físicos, psicológicos, sociales, culturales y comportamentales, que requiere decisiones compartidas y corresponsabilizadas entre la persona que vive con VIH, el equipo de salud y

la red social. (Directrices para el fortalecimiento de las acciones de adherencia al tratamiento para personas que viven con VIH y Sida, 2007. Ministerio de Salud del Brasil)

- La adherencia es el acto o cualidad de pegarse a algo con devoción, se alcanza cuando los regímenes prescritos han sido resultado de una decisión compartida entre el individuo y el proveedor. (Instituto de SIDA del departamento de salud del estado de New York, Estados Unidos)
- El término adherencia refleja una actitud en la cual el paciente no simplemente sigue los deseos del médico sino que está apoderado de su régimen de medicamentos. (Sorensen y colaboradores). Según Kleeberger, la adherencia se define como tomar todas las dosis y número de pastillas como han sido prescritas. Por otro lado, Altice lo define sólo como tomar más del 80% de los antirretrovirales. Bartlett la define como tomarse los medicamentos prescritos en los horarios, dosis indicadas y con las recomendaciones dietarias y que se requieren niveles de adherencia por encima del 95. Niewkerk se refiere a la adherencia como tomar múltiples drogas a la vez en el día de acuerdo a un horario estricto.
- “Adherencia es la capacidad del paciente de implicarse correctamente en la elección, inicio y control del TAR que permita mantener el cumplimiento riguroso del mismo con el objetivo de conseguir una adecuada supresión de la replicación viral”. Por lo tanto, la adherencia incorrecta no es solamente un porcentaje determinado a partir de las dosis de medicación no tomadas. La adherencia a corto y largo plazo es el resultado de un proceso complejo que se desarrolla a través de diferentes etapas: la aceptación del diagnóstico, la percepción de la necesidad de realizar el tratamiento de forma correcta, la motivación para hacerlo, la disposición y entrenamiento de habilidades para realizarlo, la capacidad de superar las barreras o dificultades que aparezcan, y el mantenimiento de los logros alcanzados con el paso del tiempo⁴⁰

La adherencia es inversamente proporcional a la aparición de resistencia a los medicamentos antiretrovirales, siendo 95% el punto de corte más utilizado, a partir del cual, la disminución de la adherencia empieza a ocasionar resistencia.

En general, se pretende que por lo menos el 80% de los pacientes en TARGA de un programa, mantengan una adherencia $\geq 95\%$. Otros sostienen que es más prudente establecer el punto de corte de cumplimiento del tratamiento en la infección por el VIH en el 90%, clasificando al paciente como cumplidor cuando supera este porcentaje ($>90\%$) y sólo como cumplidor parcial cuando está por debajo de este umbral ($<90\%$). En el caso de la infección por el VIH, se suele situar el abandono en torno al 20-60%, hecho de extraordinaria gravedad ya que el uso de terapias sub-óptimas y el incumplimiento de la terapia son las principales causas responsables de crear condiciones de presión selectiva que incrementan las posibilidades de aparición de mutantes resistentes y subsiguientemente, fracaso terapéutico.⁶

El grado de adherencia del paciente al tratamiento es un determinante fundamental del grado y duración de la supresión viral que se logre con TARGA. La adherencia inadecuada es el factor más importante para el fracaso terapéutico. Se requiere que el paciente tome el 95% de las dosis para mantener el virus suprimido a largo plazo, a esto se llama **adherencia óptima**. Una cifra menor se considera como **adherencia inadecuada**.⁷

Las **razones dadas** para la adherencia inadecuada son:

1. Olvidarse las dosis.
2. Estar muy ocupado.
3. Viajes y otros cambios significativos en la rutina.
4. Quedarse dormido.
5. Estar deprimido.
6. Efectos adversos de las medicinas.
7. Sentirse mal.
8. Problemas económicos.

Los **factores identificados** en los pacientes que son **predictores** de adherencia inadecuada son:

1. Falta de confianza en el médico.
2. Uso de alcohol o drogas
3. Enfermedad mental activa (depresión, psicosis, etc.)
4. Bajo nivel educativo.
5. No poder identificar sus medicinas cuando se le pregunta.
6. Falta de acceso a servicios de salud y medicinas.
7. Miedo a los efectos adversos.
8. Inestabilidad en cuanto a vivienda, familia, ingresos, otros.
9. Violencia doméstica.

En cambio, **favorecen la adherencia óptima:**

- 1- Tener apoyo emocional y socioeconómico.
- 2- Cuando el paciente puede incluir bien las medicinas en su rutina diaria.
- 3- Entender las consecuencias de la adherencia inadecuada y que tomar todas las dosis como están indicadas es esencial.
- 4- Sentirse cómodo tomando las medicinas frente a otros.
- 5- Asistir a todas sus citas en el centro de salud.

FACTORES

Son Factores relacionados a la adherencia, aquellos que emergen de las relaciones entre los usuarios y los servicios de salud, pueden ser explicadas por el modelo propuesto:⁷

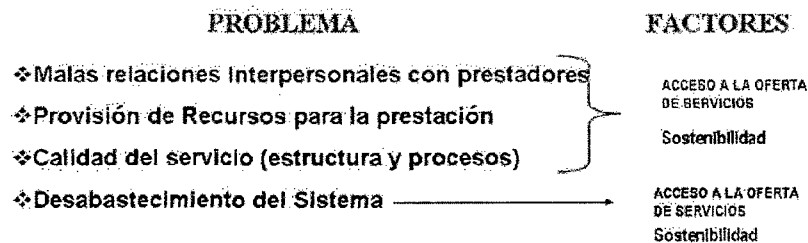
1. USUARIOS Y ADHERENCIA.- Aquellos presentados por los usuarios al estar frente al TARGA en un servicio de salud, es decir al iniciar la ingesta de medicamentos en un establecimiento, existen algunos relacionados a sus repuestas orgánicas (ejemplo: reacciones adversas), emocionales (ejemplo: depresión, inseguridad, etc) y económicas (ejemplo: acceso al abastecimiento de fármacos) A continuación se describen varios ejemplos de la lluvia de ideas realizada durante el proceso de validación del Modelo de adherencias arriba descrito:

➤ USUARIOS Y ADHERENCIA



2. SERVICIOS DE SALUD Y ADHERENCIA.- Son aquellos que aparecen por parte de los prestadores de servicios (del sistema), como ejemplo de estos tenemos las relaciones interpersonales, las brechas interculturales, el estigma y la discriminación y el abastecimiento de fármacos. Deben de ser abordados por el programa de tratamiento y pueden deteriorar la adherencia de los usuarios a pesar de que esos tengan la decisión de cumplir con el tratamiento:

➤ SERVICIOS DE SALUD Y ADHERENCIA



Por lo expuesto antes, podemos identificar a muchos pacientes en riesgo de adherencia inadecuada y por tanto de fracaso terapéutico. Debemos tomar también en cuenta que incluso el paciente ideal puede fallar. En países desarrollados solo el 50% de los pacientes mantienen una respuesta óptima.

La Adherencia es considerada un factor importante dentro de la implementación y éxito de las terapias antimitrovirales altamente efectiva pues se ha comprobado que con una adherencia mayor al 95% se logre la supresión máxima, prolongada de los niveles de

RNAVIH en plasma, lográndose con ellos el restablecimiento y/o conservación de la función inmunitaria para retardar la progresión de la enfermedad.²⁸

Sistemas para la Evaluación de la Adherencia

Entre los métodos para la valoración de la Adherencia:

MÉTODOS DIRECTOS:

1. Medición de las Concentraciones plasmáticas de los ARV: Consisten en la determinación de las concentraciones de fármaco presentes en líquidos orgánicos como plasma, saliva u orina. Aunque es uno de los métodos más fiables, tiene el inconveniente de la variabilidad interindividual en el comportamiento farmacocinético de algunos fármacos, así como la posibilidad de concentraciones plasmáticas alteradas por la aparición de interacciones medicamentosas. Por otra parte, el hecho de encontrar valores correctos de fármacos en plasma el día de la extracción de la muestra no garantiza que el cumplimiento será continuo. El método resulta caro y no es fácil aplicarlo rutinariamente.
2. Evolución clínica y datos analíticos: El seguimiento clínico, del estado inmunológico y de la Carga viral, no son exactamente un método de medición de la adherencia, son más bien una consecuencia de la misma. Determinados datos clínicos y/o de laboratorio pueden hacer sospechar un mal cumplimiento del tratamiento. Así, por ejemplo, en los pacientes tratados con Zidovudina se produce una elevación del volumen corpuscular medio. En los pacientes en los que no se altera dicho parámetro se debe sospechar una baja adherencia, así como en aquellos que se observe progresión clínica, virológica o inmunológica, pero siempre teniendo en cuenta que la adherencia no es el único factor que puede intervenir en el proceso del tratamiento.
3. Tratamiento DO: Tratamiento directamente observado realizado por profesionales entrenados.

- MÉTODOS INDIRECTOS: Son métodos menos fiables de ser sencilla aplicación en la práctica diaria a estos métodos son:

1. Entrevista con el paciente: Basándose en preguntas sencillas y en un marco de mutua confianza que provoque que éste refiera de la manera más sincera y precisa posible la forma en que se ha tomado la medicación (indicado la frecuencia, los errores u omisiones y los motivos). Para aplicar este método es preciso disponer de ciertas habilidades en las técnicas de comunicación.
2. Cuestionario estructurado: Consiste en pedir al paciente que rellene un cuestionario sobre adherencia. En este caso es el paciente el que aporta la información que es subjetiva, pero por otra parte, los datos obtenidos pueden procesarse de manera más cuantitativa que en la entrevista.
3. Asistencia a las citas programadas de dispensación: Es un método predictivo de cumplimiento, aunque con excepciones. El hecho de que un paciente asista puntualmente a la visita médica y a las citas de dispensación en el servicio de farmacia hace pensar en la persona con buena adherencia. Por otra parte, no acudir cuando corresponde a recoger la medicación es indicativo de mal cumplimiento. Sin embargo, como excepción, hay que tener en cuenta a aquellos pacientes que puntualmente obtienen el suministro desde, otro hospital o que comparten la medicación con algún otro miembro de la familia.
4. Recuento de la medicación sobrante: Consiste en contar el número de unidades de medicamento que quedan en el envase de la especialidad farmacéutica que el paciente está tomando. Si se conoce la fecha de inicio del tratamiento, por diferencia se puede calcular el número de unidades teóricas tomadas. Este método presenta el inconveniente de que si el paciente sabe que se va a realizar el recuento podrá manipular el contenido del envase. Un sistema sería realizar el recuento por sorpresa en el propio domicilio del paciente.

$$\% \text{ cumplimiento} = \frac{(\text{Unidades dispensadas} - \text{Unidades sobrantes})}{\text{Unidades teóricas tomadas}} \times 100$$

Existe otra modalidad muy sencilla y fácil de aplicar, que consiste en entregar al paciente un diario para que registre las tomas de medicamentos o bien realice, antes de cada dispensación, el recuento de la medicación sobrante. Este método, además de descargar al servicio de farmacia de la tarea del recuento, puede actuar como elementos de apoyo en la mejora de la adherencia.

5. Monitorización electrónica: Es un método más sofisticado. Consiste en utilizar los dispositivos MEMS, que a través de una Sistema de tapa electrónica registran la fecha y hora de apertura del frasco, con lo cual se puede conocer la frecuencia con que el paciente toma la medicación y si se producen omisiones de dosis. Sin embargo, no permite más que una inferencia, dado que indica la apertura del envase, pero no indica si en ese instante el paciente toma la medicación o si las dosis son correctas. No obstante, otras inconvenientes como el tamaño (que hace que algunos pacientes no quieren llevarlos) o el precio hacen que se reserven para ensayos y datos analíticos.

En relación a la adherencia, el Ministerio de Salud del Perú en el año 2004 estableció la norma técnica para la Adherencia al tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad – TARGA – en adultos infectados por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana, cuyo objetivo no solo es el cumplimiento de la terapia sino también el de lograr un impacto positivo y sobre la epidemia en el país y asegurar la correcta administración del TARGA a nivel nacional con niveles de adherencia superiores al 90%.

El modelo conceptual para la adherencia al TARGA permite en hacer este proceso como:

- Dinámico (susceptible a los cambios por influencia de factores internos y externos)
- Participativo (servicio de salud, usuario, comunidad)
- Vinculado al entorno social económico (acorde a la realidad local, permite garantizar posicionamiento y sostenibilidad en un momento determinado)
- Impulsa la corresponsabilidad del mantenimiento de la salud por parte de los prestadores de servicio y los usuarios del mismo
- Implica la democratización de la toma de decisiones por parte del equipo de salud de los establecimientos (organización como equipos multidisciplinares).

2.2. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE

Grado de Adherencia: Es el grado de interacción entre los servicios de salud y el usuario que contribuya al cumplimiento del tratamiento y las indicaciones terapéuticas (dosis, horarios, requisitos alimentarios y otros) para el TARGA, en una comunidad determinada, e implica un papel activo por parte del paciente, con una actitud positiva y un compromiso del mismo en la decisión de iniciar y mantener el tratamiento antirretroviral. En ese sentido la adherencia al tratamiento viene a ser el nivel en que la toma real de la medicación se corresponde con la prescripción de la misma. La no adherencia entonces, se refiere a no tomar los medicamentos, o tomarlos en mayor o menor cantidad, sin seguir las indicaciones. El criterio médico acordado para la adherencia al tratamiento es cuando este se cumple en 90 a 95%.^{6,13}

VARIABLES INDEPENDIENTES

Factores Sociodemográficos: Es el conjunto de características sociales, culturales y demográficas de la persona dentro de la población; contará con las siguientes sub-variables: edad, sexo, procedencia y grado de instrucción.

Edad : Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento del estudio, se expresa en años.

Sexo : Diferenciación biológica y anatómica de la persona, contará con 2 índices:

Masculino

Femenino

Procedencia: Lugar donde vive o reside la persona; contará con 3 índices

Urbano : La persona viviendo con VIH/SIDA reside en la zona céntrica o dentro del perímetro urbano de la ciudad.

Urbano-Marginal: La persona viviendo con VIH/SIDA reside en áreas alejadas del perímetro urbano.

Rural : La persona viviendo con VIH/SIDA reside en pueblos, caseríos aledaños de la ciudad.

Grado de Instrucción: último año de estudios cursados y aprobados por una persona, contará con 4 índices:

Analfabeta : La persona viviendo con VIH/SIDA no ha seguido educación escolar

Primaria : La persona viviendo con VIH/SIDA tiene primaria completa o incompleta.

Secundaria : La persona viviendo con VIH/SIDA tiene secundaria completa o incompleta.

Superior : La persona viviendo con VIH/SIDA tiene instrucción superior.

Ocupación : La persona viviendo con VIH/SIDA tiene un empleo o trabajo por el que recibe un incentivo económico.

Consumo de Alcohol : La persona viviendo con VIH/SIDA consume bebidas alcohólicas.

Consumo de Drogas : La persona viviendo con VIH/SIDA consume ciertas sustancias alucinógenas, adictivas, pudiendo ser Marihuana, Cocaína (Pasta Básica o Clorhidrato) u otras.

SopORTE Social: La persona viviendo con VIH/SIDA recibe apoyo por parte de sus familiares y/o amigos de acuerdo al conocimiento de la enfermedad.

Características Clínicas: Es el conjunto de características que tiene la enfermedad y que contará con las siguientes sub-variables: carga viral, conteo CD4+, modo de transmisión de la enfermedad, enfermedades previas del paciente, tiempo de enfermedad.

Modo de transmisión de la enfermedad: Modo por el cual el paciente adquirió la enfermedad.

Tiempo de Enfermedad: Es el espacio de tiempo desde el inicio de síntomas y su confirmación a través de Western Blot (WB) o por Inmunofluorescencia Indirecta (IFI), hasta el momento actual, contará con 3 índices:

- < 1 año
- 1 a 2 años
- 2 a 3 años

Características del TARGA: Es el conjunto de características que tiene el tratamiento TARGA y que contará con las siguientes subvariables: tiempo de tratamiento, esquema de TARGA y RAM.

Tiempo de Tratamiento: es el espacio de tiempo en el que la persona viviendo con VIH/SIDA se encuentre en TARGA, contará con 3 índices:

- >6 meses y < 1 año
- 1 a 2 años
- 2 a 3 años

Esquema de TARGA: Asociación de fármacos antiretrovirales que tienen por finalidad disminuir la carga viral a niveles indetectables, disminuir la frecuencia de infecciones oportunistas y la mortalidad por SIDA, contará con 3 índices:

Reacción Adversa al Medicamento: Respuesta a un fármaco que es nociva y no intencionada, y que se produce a dosis utilizadas normalmente en el hombre para la

profilaxis, el diagnóstico o el tratamiento de enfermedades o para modificar una función fisiológica, contará con 2 índices:

- Si RAM
- No RAM

Tipos:

- Anemia
- Nauseas
- Vómitos
- Sed
- Rash
- Diarrea
- Temores/preocupaciones
- Dolor muscular
- Debilidad
- Fatiga
- Depresión
- Dolor de las articulaciones
- Boca seca
- Dificultad de concentración
- Pérdida de memoria
- Dolor de cabeza
- Insomnio/no puede dormir
- Sudores de noche
- Adormecimiento/cosquilleo de manos /dedos
- Hepatitis
- Otros

2.3. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES (MATRIZ DE CONSISTENCIA)

VARIABLE	TIPO	DEFINICION CONCEPTUAL	INDICADOR	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA	INSTRUMENTO
Factores Sociodemográficos	Independiente	Conjunto de características sociales, culturales y demográficas de la persona dentro de la población; contará con las siguientes sub-variables: edad, sexo, procedencia y grado de instrucción	Edad: Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento del estudio, se expresa en años, contará con 3 índices: Adulto joven, Adulto Intermedio, Adulto mayor		Nominal	Edad: a) 18 – 20 años b) 21 – 30 años c) 31 – 40 años d) 41 – 50 años e) 51 – 60 años f) ≥ 60 años
			Sexo: Diferenciación biológica y anatómica de la persona, contará con 2 índices: Masculino, Femenino		Nominal	Sexo: a) Masculino b) Femenino
			Procedencia: Lugar donde vive o reside la persona; contará con 3 índices: Urbano, Urbano-Marginal, Rural	<ul style="list-style-type: none"> - Urbano: La persona viviendo con VIH/SIDA reside en la zona céntrica o dentro del perímetro urbano de la ciudad. - Urbano-Marginal: La persona viviendo con VIH/SIDA reside en áreas alejadas del perímetro urbano. - Rural: La persona viviendo con VIH/SIDA reside en pueblos, caseríos alejados de la ciu- 	Nominal	Lugar de Procedencia: a) Urbano b) Rural c) Urbano-Marginal

			<p>Grado de Instrucción: último año de estudios cursados y aprobados por una persona, contará con 4 índices: Analfabeta, Primaria, Secundaria, Superior</p> <p>Ocupación: La persona viviendo con VIH/SIDA tiene un empleo o trabajo por el que recibe un incentivo económico.</p> <p>Consumo de Alcohol: La persona viviendo con VIH/SIDA consume bebidas alcohólicas.</p>	<p>dad.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Analfabeta : La persona viviendo con VIH/SIDA no ha seguido educación escolar - Primaria : La persona viviendo con VIH/SIDA tiene primaria completa o incompleta. - Secundaria : La persona viviendo con VIH/SIDA tiene secundaria completa o incompleta. - Superior : La persona viviendo con VIH/SIDA tiene instrucción superior. 	<p>Nominal</p> <p>Nominal</p> <p>Nominal</p> <p>Ordinal</p>	<p>Grado de Instrucción:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Analfabeto b) Primaria Completa c) Primaria Incompleta d) Secundaria Completa e) Secundaria Incompleta f) Superior <p>Ocupación:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Obrero b) Empleado c) Independiente d) Su casa e) No trabaja f) Otro <p>Consumo de alcohol:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Sí b) No <p>Frecuencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Nunca b) Una vez al mes c) 2 – 3 veces al mes d) Una/dos veces por semana
--	--	--	---	--	---	---



468

			<p>Consumo de Drogas: La persona viviendo con VIH/SIDA consume ciertas sustancias alucinógenas, adictivas, pudiendo ser Marihuana, Cocaína (Pasta Básica o Clorhidrato) u otras.</p>		<p>Nominal</p> <p>Ordinal</p> <p>Nominal</p> <p>Ordinal</p> <p>Nominal</p> <p>Ordinal</p> <p>Nominal</p>	<p>e) Casi todos los días f) Diariamente</p> <p>Consume Marihuana: a) Sí b) No</p> <p>Frecuencia: a) Siempre b) Hace 1 mes c) Hace 6 meses d) Nunca</p> <p>Consume Cocaína: a) Sí b) No</p> <p>Frecuencia: a) Siempre b) Hace 1 mes c) Hace 6 meses d) Nunca</p> <p>Consume Otras drogas: a) Sí b) No</p> <p>Frecuencia: a) Siempre b) Hace 1 mes c) Hace 6 meses d) Nunca</p> <p>¿Quién(es), tienen conocimiento de su enfermedad VIH/SIDA? a) Solo usted b) Pareja c) Familia d) Amigos e) Compañeros de trabajo</p>
			<p>Soporte Social: La persona viviendo con VIH/SIDA recibe apoyo por parte de sus familiares y/o amigos de acuerdo al conocimiento de la enfermedad</p>		<p>Nominal</p>	<p>¿Quién(es), tienen conocimiento de su enfermedad VIH/SIDA? a) Solo usted b) Pareja c) Familia d) Amigos e) Compañeros de trabajo</p>

					Nominal	f) Otros Apoyo de amigos y/o familia para recordar medicación a) Para nada b) A veces c) Poco d) Mucho
					Nominal	Grado de satisfacción por apoyo de amigos y/o familia a) Muy insatisfecho b) Insatisfecho c) Satisfecho d) Muy satisfecho
Características Clínicas	Independiente		Modo de transmisión de la enfermedad: Modo por el cual el paciente adquirió la enfermedad.		Nominal	Modo de transmisión a) Hombres que tienen sexo con hombres b) Mujeres que tienen sexo con hombres c) Hombres que tiene sexo con mujeres d) Agujas compartidas e) Transfusión de sangre o algún otro procedimiento f) Otro/No lo se

			<p>Tiempo de Enfermedad: Es el espacio de tiempo desde el inicio de síntomas y su confirmación a través de Western Blot (WB) o por Inmunofluorescencia Indirecta (IFI), hasta el momento actual, contará con 3 índices: < 1 año, 1 a 2 años, 2 a 3 años</p>	<p>Tiempo que la persona tiene la enfermedad</p>	Ordinal	<p>Tiempo de enfermedad:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. < 1 año 2. 1 a 2 años 3. 2 a 3 años
Características del TARGA	Independiente	<p>Es el conjunto de características que tiene el tratamiento TARGA y que contará con las siguientes sub-variables: tiempo de enfermedad, tiempo de tratamiento, esquema de TARGA y RAM.</p>	<p>Tiempo de Tratamiento: es el espacio de tiempo en el que la persona viviendo con-VIH/SIDA se encuentre en TARGA, contará con 4 índices: >6 meses y < 1 año, 1 a 2 años, 2 a 3 años</p> <p>Esquema de TARGA: Asociación de fármacos antiretrovirales que tienen por finalidad disminuir la carga viral a niveles indetectables, disminuir la frecuencia de infecciones oportunistas y la mortalidad por SIDA, contará con 3 índices:</p> <p>Reacción Adversa al Medicamento: Respuesta a un fármaco que es nociva y no intencionada, y que se produce a dosis utilizadas normalmente en el hombre para la profilaxis, el diagnóstico o el tratamiento de enfermedades o para modificar una función fisiológica.</p>	<p>Tiempo que la persona está recibiendo tratamiento</p> <p>Asociación de antiretrovirales según recomendaciones de la guía nacional</p> <p>Efecto adverso del medicamento a dosis terapéuticas</p>	<p>Ordinal</p> <p>Nominal</p> <p>Nominal</p>	<p>Tiempo de tratamiento:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. >6 meses y < 1 año 2. 1 a 2 años 3. 2 a 3 años <p>Esquema del TARGA</p> <p>RAM:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sí 2. No <p>Tipos:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Anemia b) Nauseas c) Vómitos d) Sed e) Rash f) Diarrea g) Temo-

						res/preocupaciones h) Dolor muscular i) Debilidad j) Fatiga k) Depresión l) Dolor de las articulaciones m) Boca seca n) Dificultad de concentración o) Pérdida de memoria p) Dolor de cabeza q) Insomnio/no puede dormir r) Sudores de noche s) Adormecimiento/cosquilleo de manos/dedos t) Hepatitis
Grado de Adherencia	Dependiente	En ese sentido la adherencia al tratamiento viene a ser el nivel en que la toma real de la medicación se corresponde con la prescripción de la misma. La no adherencia entonces, se refiere a no tomar los medicamentos, o tomarlos en mayor o menor cantidad, sin seguir las indicaciones.	Cuestionario del Adult AIDS Clinical Trials Group (AACTG)	Grado del cumplimiento del tratamiento. El criterio médico acordado para la adherencia al tratamiento es cuando este se cumple en 90 a 95%	Nominal	Considerando el número de dosis prescritas para los 02 últimos días (o últimas 4 semanas previas al estudio) como el 100%. Se considera adherentes a los pacientes cuando ellos toman el 100% de las dosis (sin olvidar ninguna) de otro modo son categorizados como no adherentes (ver Instrumento)

CAPITULO 03

3.1. METODOLOGÍA

A. DISEÑO, TIPO Y METODO DE ESTUDIO

DISEÑO

El presente estudio, estuvo comprendido dentro del diseño del estudio de investigación **no experimental o descriptivo**, ya que no se construyó ninguna situación, sino se observaron situaciones ya existentes, no provocadas intencionalmente, en este caso describiremos cada una de las variables en el estudio: variable independiente (características sociodemográficas, clínicas y terapéuticas del TARGA) y la variable dependiente (grado de adherencia al TARGA)

TIPO

Transversal: porque se estudió las variables dependientes e independientes de la población en estudio en un solo momento de tiempo de observación.

Analítico: se analizaron las variables independientes (características sociodemográficas, clínicas y terapéuticas del TARGA) las cuales serán estudiadas en conjunto y de manera simultánea, a fin de definir asociación con la variable dependiente (grado de adherencia)

Prospectivo: ya que se buscaron los factores sociodemográficos, clínicos y terapéuticos (variable independiente) al grado de adherencia (factor dependiente), que los pacientes en TARGA presentan actualmente.

METODO

Cuantitativo: debido a que los datos se cuantificaron para luego ser analizados de acuerdo a una base teórica como referencia.

B. ESCENARIO

El presente estudio de Investigación se llevó a cabo en los ambientes en los cuales se desarrolla el programa TARGA del Servicio de Infectología del Hospital

Regional de Loreto. El cual cuenta con un staff de profesionales y técnicos, como Médicos, personal de Enfermería, psicólogos, obstétricas, Asistente Social.

El hospital se encuentra ubicado geográficamente en el distrito de Punchana, en la Av. 28 de Julio s/n

C. POBLACION Y MUESTRA

Población en Estudio

Pacientes con VIH/SIDA, mayores de dieciocho años que fueron atendidos en el programa TARGA del Hospital Regional de Loreto del 2010 - 2012.

Definición de Muestra

La muestra fue no probabilística, en una muestra por conveniencia donde fueron ingresados todos los pacientes en tratamiento antirretroviral en el Hospital Regional de Loreto.

Se consideraron los siguientes Criterios de Inclusión:

- Pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA, con 18 a más años de edad, que reciban TARGA en el HRL
- Pacientes con más de seis meses de tratamiento Antirretroviral.
- Pacientes que acudan al programa del hospital
- Pacientes que acepten participar en la Encuesta

Se consideran los siguientes Criterios de Exclusión

- Pacientes que abandonaron el tratamiento.
- Pacientes que no acuden al programa.
- Pacientes que no sean capaces de dar un consentimiento informado.

D. Técnica e Instrumento

La técnica de recolección de información que se utilizó fue una entrevista a los pacientes en TARGA, en la que se aplicó una ficha de recolección de datos, en el cual la primera parte está dirigida a recoger información sobre algunos datos sociodemográficos como: *edad, sexo, procedencia, grado de instrucción, ocupación, así como consumo de alcohol, drogas y soporte social*; la segunda parte recoge información sobre algunos datos clínicos tales como: *modo de transmisión de la enfermedad, tiempo de enfermedad*; la tercera parte recoge información sobre algunos datos terapéuticos: *tiempo de tratamiento, esquema de tratamiento, reacción adversa al medicamento*; por último, la cuarta parte está dirigida a conocer el *grado de adherencia* a través de un cuestionario, el mismo que fue aplicado en otros estudios^{13,14}. Se utilizó el cuestionario del Adult AIDS ClinicalTrialsGroup (AACTG)⁴¹. Dicho instrumento es un cuestionario para la valoración de la adherencia en adultos que usan varios ARV, validado en Estados Unidos y ampliamente empleado en otras realidades, incluida Latinoamérica; dura alrededor de diez minutos y se basa en el reporte personal del uso de ARV y las razones por las cuales el entrevistado no tomó su dosis, o que le producen dificultad para adherirse al tratamiento (Anexo 01). Los Instrumentos de Adhesión AACTG se basaron en investigaciones anteriores sobre el cumplimiento de regímenes médicos y los ensayos clínicos (Besch, 1995; Haynes et al, 1979; Urquhart, 1991). El objetivo era desarrollar cuestionarios breves que fueran fácilmente auto-administrables a una amplia gama de pacientes. La atención se centró en la adhesión reciente (es decir, empezando por ayer) para maximizar el recuerdo y minimizar el sesgo. Variables ya conocidas o consideradas que afectan la adherencia del VIH así como de otras enfermedades (por ejemplo, el consumo de alcohol y drogas, estrés, depresión) se incluyeron con el fin de examinar las correlaciones de adhesión (Dunbar-Jacob, 1990; 1993; Ickovics y Meisler, 1997; Wainberg y Friedland, 1998). Algunas de las preguntas incluidas eran versiones de escalas estandarizadas. En el cuestionario desarrollado: en primera instancia se evaluó la adhesión reciente; como primera parte los pacientes proporcionan información sobre cada uno de sus medicamentos ARV: (1) Nombre del medicamento, (2) las dosis prescritas por día, (3) número determinado de pastillas por dosis, y (4) el

conocimiento de las pautas dietéticas (con las instrucciones especiales, como “con alimento”, “con el estómago vacío” o “con bastante líquido”), considerando adherente al paciente que conozca la dosis prescrita, así como el número de pastillas por dosis para cada ARV. Como segunda parte se pregunta sobre los ARV que se tomaron para cada uno de los dos últimos días, incluyendo el nombre de cada medicamento y la cantidad de pastillas que se había saltado tomar ese día, considerando adherente al paciente que ha tomado el 100% de sus dosis, siendo considerado no adherente si olvidaba alguna.

Después de completar las preguntas anteriores sobre la adherencia muy reciente, se les realizó dos preguntas adicionales sobre la adhesión más distal: (1) omisión de medicamentos en el último fin de semana (sábado / domingo), y (2) la identificación de la última vez que habían saltado algún medicamento (Por ejemplo, en los últimos dos días, en las últimas dos semanas, dos y cuatro semanas atrás, desde una hasta tres meses, más de tres meses, y nunca saltarse medicamentos). A los pacientes que reportaron haberse saltado la medicación se les presentó una lista de 12 razones por las que las personas pueden dejar de tomar sus medicamentos (por ejemplo, fuera de casa, ocupado con otras cosas, simplemente se olvidó) considerando adherentes a los pacientes cuando ellos toman el 100% de las dosis (sin olvidar ninguna) cuatro semanas previas al estudio; de otro modo son categorizados como no adherentes.

En el Perú TEJADA y col (2011)¹³ utilizó el mismo instrumento, en un estudio dirigido a determinar los factores asociados a la no adherencia a TARGA en gestantes VIH positivas.

Además se procedió a revisar la historia clínica del paciente entrevistado con la finalidad de conocer los aspectos clínicos y el tratamiento que se encuentra recibiendo.

El procesamiento, levantamiento y Análisis de Información se ejecutó a través del Software Estadístico SPSS vs 20.0.

E. Plan de Recolección

La recolección de los datos se inició solicitando al Presidente del Comité de Ética del Hospital Regional de Loreto, autorice poder ejecutar el presente proyecto en el Programa TARGA del Servicio de Infectología en dicha Institución.

Posteriormente, se procedió a coordinar con el Director de PROCETS (Programa de Control de Enfermedades de Transmisión Sexual) de dicha Institución y con la Licenciada Jefa del Programa TARGA, a fin de que brinde las facilidades para la aplicación del instrumento.

La aplicación del Instrumento se realizó en el mes de Marzo. El tiempo promedio de aplicación fue de 10 a 15 minutos aproximado por cada uno; se contó además, con el Consentimiento Informado de las personas sujetas a estudio, previa explicación por parte del encuestador.

Una vez recolectados los datos, los mismos fueron complementados y comparados (con el tratamiento) con los expedientes clínicos y fichas de ingreso al TARGA..

F. Plan de Procesamiento

Una vez realizado el levantamiento de Información sistematizado en el Software estadístico SPSS vs 20.0, se realizaron las corridas y/o reportes aplicando las pruebas estadísticas y el Análisis Bivariado conveniente a través de Tablas de Contingencia, de acuerdo al objetivo de estudio de Investigación. En un primer momento, los resultados serán de tipo Descriptivo, de Tablas y/o Gráficos; en un segundo momento, los resultados serán de tipo Analítico; en el cual, se dará uso a la Prueba estadística de Chi cuadrado para ver la asociación estadística entre las variables de estudio.

G. Consideraciones Éticas

Previo a la aplicación del Instrumento, el paciente recibió una explicación sobre los objetivos y propósito del presente estudio de investigación además se le entregó una hoja de información que contiene un resumen del proyecto. Asimismo, se les informó sobre la confidencialidad de los datos obtenidos; los cuales, fueron sólo y exclusivamente para fines de la presente investigación, codificando a cada paciente para mantener sus identidad en reserva. Se realizó la entrega del Consentimiento Informado, el cual fue llenado por el entrevistado, luego de haber recibido las explicaciones previas sobre el estudio.

CAPITULO 04

4.1. RESULTADOS

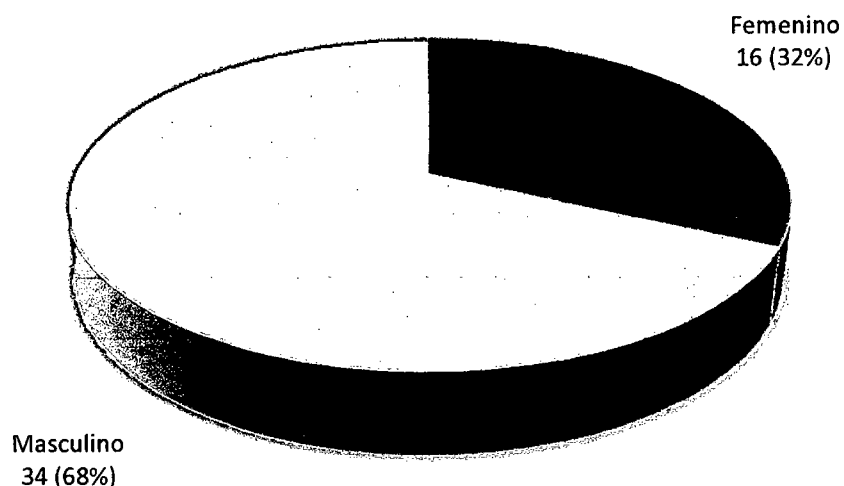
- a. Características sociodemográficos de las personas que viven con VIH/SIDA y que reciben TARGA en el Hospital Regional de Loreto.

TABLA 1
Distribución de los pacientes en TARGA según Edad
Hospital Regional de Loreto
2010 – 2012

Edad	N°	%
20 - 29 años	11	22,0
30 - 39 años	20	40,0
40 - 49 años	10	20,0
50 - 59 años	7	14,0
> 60 años	2	4,0
Total	50	100,0

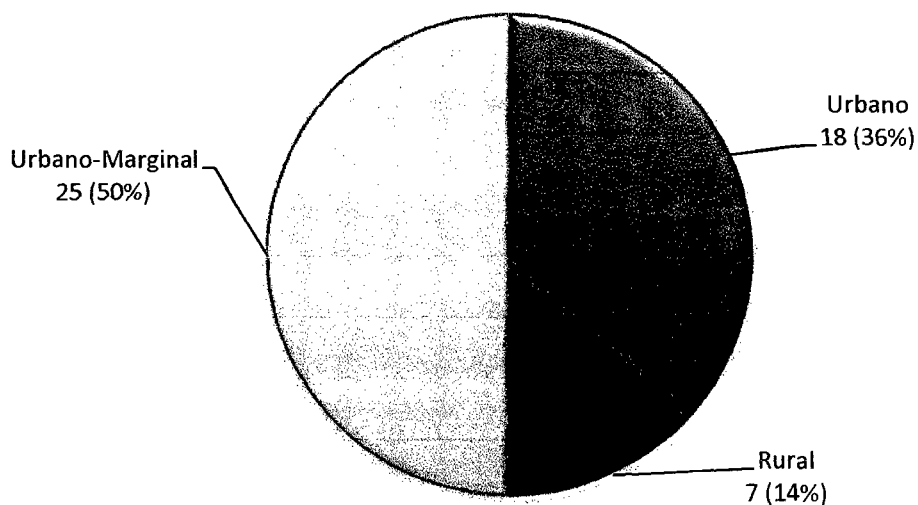
Con respecto al grupo etáreo, el 40% (20) de los pacientes encuestados se encuentra entre 30 a 39 años, mientras que el 20%(11) se encuentra entre 20 – 29 años.(Tabla 1)

GRAFICO 1
Distribución de los pacientes en TARGA según Sexo
Hospital Regional de Loreto
2010 – 2012



Con respecto al sexo, se encontró que el 68% (34) de los pacientes encuestados que se encuentran en tratamiento antirretroviral pertenecen al sexo masculino.(Gráfico 1)

GRAFICO 2
Distribución de los pacientes en TARGA según Procedencia
Hospital Regional de Loreto
2010 – 2012



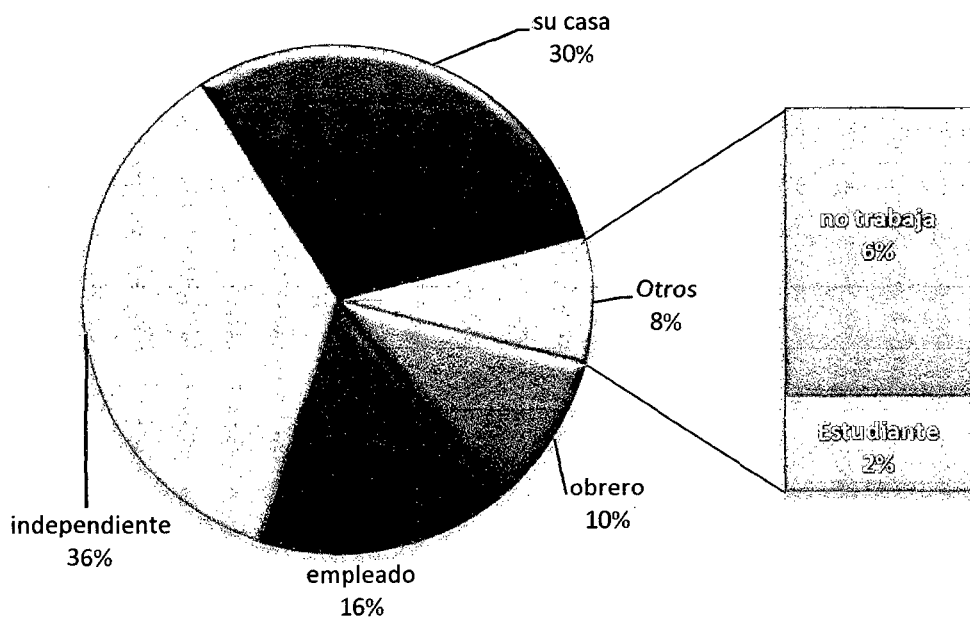
Según la zona de procedencia, el 50%(25) de los pacientes proviene de la zona urbano-marginal, mientras que el 14%(7) proviene de la zona rural. (Gráfico 2)

TABLA 2
Distribución de los pacientes en TARGA según Grado de Instrucción
Hospital Regional de Loreto
2010 – 2012

Grado de Instrucción	Nº	%
Primaria Completa	3	6,0
Primaria Incompleta	7	14,0
Secundaria Completa	9	18,0
Secundaria Incompleta	16	32,0
Superior	15	30,0
Total	50	100,0

Según el grado de instrucción, el 32%(16) de los pacientes, tiene secundaria incompleta, mientras que el 30%(15) señaló tener estudios superiores. (Tabla 2)

GRAFICO 3
Distribución de los pacientes en TARGA según Ocupación
Hospital Regional de Loreto
2010 – 2012



Agrupando a los pacientes encuestados por ocupación, se encontró que el 36% es independiente y sólo el 6% señaló no trabajar. (Gráfico 3)

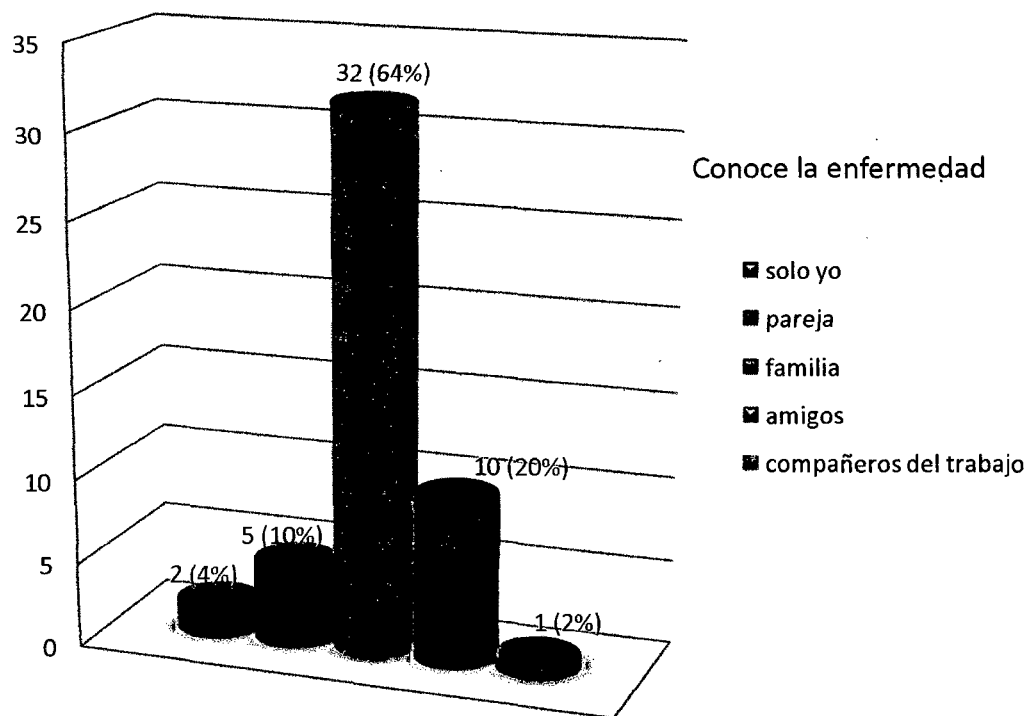
TABLA 3
Distribución de los pacientes en TARGA según Consumo de Alcohol
Hospital Regional de Loreto
2010 – 2012

Alcohol	N°	%
Consumo de alcohol		
No	29	58,0
Si	21	42,0
Frecuencia		
Nunca	29	58,0
1 vez al mes	11	22,0
2 - 3 veces al mes	7	14,0
1 - 2 veces por semana	2	4,0
Diariamente	1	2,0
Durante el último mes		
Nada	30	60,0
1 vez	13	26,0
2 veces	3	6,0
3 veces	1	2,0
4 veces	2	4,0
30 veces	1	2,0

Con respecto al consumo de alcohol, el 58% (29) de los encuestados que se encuentran en terapia antirretroviral señalaron no consumir bebidas alcohólicas en la actualidad. De los pacientes que consumen bebidas alcohólicas, el 2% lo hace diariamente. (Tabla 3)

Con respecto al consumo de drogas, el 100% de los pacientes encuestados que se encuentran en tratamiento antirretroviral, señalaron que no lo realizan.

GRAFICO 4
Distribución de los pacientes en TARGA según Soporte Social
Hospital Regional de Loreto
2010 – 2012



Con respecto al soporte social, el 64% (32) de los pacientes encuestados, que se encuentran en tratamiento antirretroviral, señalaron que sus familia tiene conocimiento de su enfermedad, mientras que el 2% (1) señaló que sólo él lo sabe. (Gráfico 4)

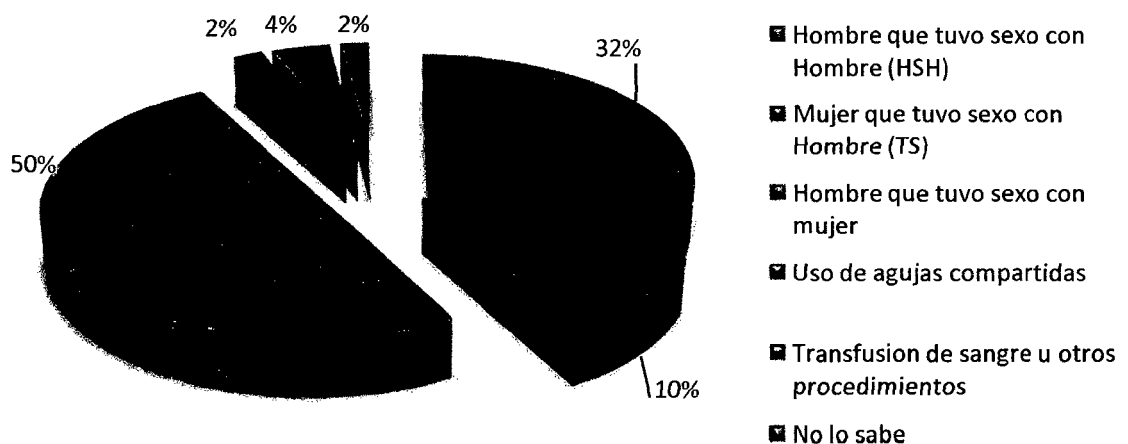
TABLA 4
Distribución de los pacientes en TARGA según Soporte Social
Hospital Regional de Loreto
2010 – 2012

Soporte Social	N°	%
Recibe apoyo por su familia/amigos para recordar medicación		
Para nada	5	10,0
A veces	7	14,0
Poco	13	26,0
Mucho	25	50,0
Grado de apoyo de familia/amigos		
Muy insatisfecho	5	10,0
Insatisfecho	4	8,0
Satisfecho	31	62,0
Muy satisfecho	10	20,0

Con respecto al soporte social, el 50% (25) de los pacientes encuestados, que se encuentran en tratamiento antirretroviral, señalaron que reciben apoyo por parte de sus familiares y/o amigos para recordar medicación, siendo el grado de apoyo satisfactorio en un 62% (31) de los pacientes.(Tabla 4)

b. Características clínicas de las personas que viven con VIH/SIDA y que reciben TARGA en el Hospital Regional de Loreto.

GRAFICO 5
Distribución de los pacientes en TARGA según Modo de Transmisión
Hospital Regional de Loreto
2010 – 2012



Con respecto al modo de transmisión de la enfermedad, el 50% de los pacientes encuestados señalaron que fue a través de una relación sexual con una persona del otro sexo, mientras que el 32% aceptó haber tenido relaciones sexuales con personas del mismo sexo.(Gráfico 5)

TABLA 5
Distribución de los pacientes en TARGA según Tiempo de Enfermedad
Hospital Regional de Loreto
2010 – 2012

Tiempo	N°	%
6 meses - 1 año	6	12,0
1 - 2 años	27	54,0
2 – 3 años	17	34,0
Total	50	100,0

Según tiempo de enfermedad, el 54% (27) de los pacientes encuestados, presentan la enfermedad por 1 – 2 años, el 34% (17) entre 2 – 3 años. (Tabla 5)

- c. Características terapéuticas del TARGA de las personas que viven con VIH/SIDA atendidos en el Hospital Regional de Loreto.

TABLA 6
Distribución de los pacientes en TARGA según Tiempo de Tratamiento
Hospital Regional de Loreto
2010 – 2012

Tiempo	N°	%
6 meses - 1 año	11	22,0
1 - 2 años	32	64,0
2 – 3 años	7	14,0
Total	50	100,0

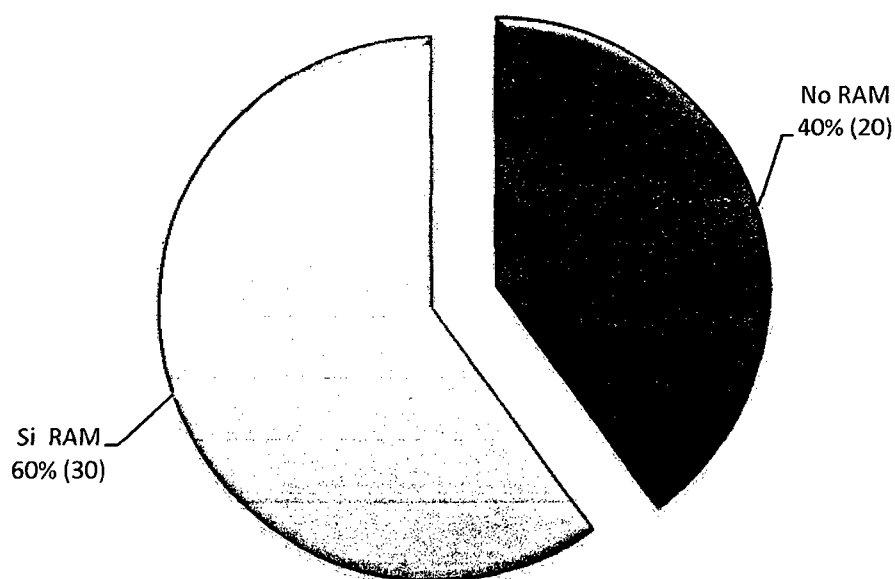
Según el tiempo de tratamiento, el 64% (32) de los pacientes encuestados, se encuentran en tratamiento antirretroviral por 1 – 2 años, mientras que sólo el 22% (6) entre 6 meses – 1 año. (Tabla 6)

TABLA 7
Distribución de los pacientes en TARGA según Esquema de Tratamiento
Hospital Regional de Loreto
2010 – 2012

Esquema	N°	%
ABC+3TC+EFV	25	50,0
ABC+3TC+KALETRA	1	2,0
ABC+3TC+NVP	2	4,0
D4T+3TC+EFV	4	8,0
D4T+3TC+NVP	1	2,0
ZDV+3TC+EFV	10	20,0
ZDV+3TC+KALETRA	2	4,0
ZDV+3TC+NVP	5	10,0
Total	50	100,0

Según el esquema de tratamiento, se encontró que el 50% (25) de los pacientes recibe ABC + 3TC + EFV. (Tabla 7)

GRAFICO 06
Distribución de los pacientes en TARGA según RAM
Hospital Regional de Loreto
2010 – 2012



De acuerdo a la presencia de RAM, el 60% (30) de los pacientes señalaron que si lo presentaron en algún momento del tratamiento. (Gráfico 6)

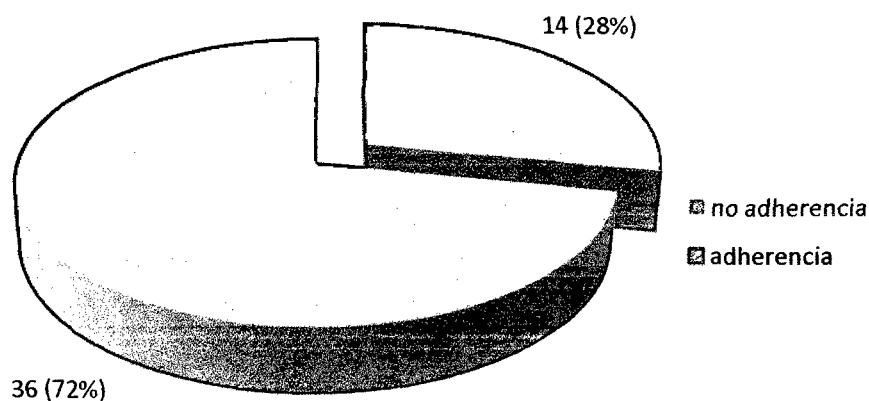
TABLA 8
Distribución de los pacientes en TARGA según Tipo de RAM
Hospital Regional de Loreto
2010 – 2012

	N°	%
Anemia	2	7,0
Fatiga	1	3,0
Dolor articular	1	3,0
Boca seca	2	7,0
Poca concentración	1	3,0
Dolor de cabeza	2	7,0
Insomnio	1	3,0
Parestesias	3	11,0
Nauseas	7	23,0
Otros	1	3,0
Vómitos	2	7,0
Diarrea	1	3,0
Dolor muscular	2	7,0
Debilidad	4	13,0
Total	30	100,0

De los pacientes que señalaron haber presentado RAM, el 23% señaló haber presentado náuseas, el 13% debilidad y el 11% parestesias. (Tabla 8)

- d. Grado de adherencia en los pacientes que viven con VIH/SIDA que reciben esquema TARGA en el Hospital Regional de Loreto.

GRAFICO 7
Distribución de los pacientes en TARGA según Grado de Adherencia
Hospital Regional de Loreto
2010 – 2012



Según el grado de adherencia, se encontró que el 72% (36) de los pacientes encuestados presentan una adecuada adherencia. (Gráfico 7)

TABLA 9
Distribución de los pacientes en TARGA según
Razón por la que no tomaron su medicación
Hospital Regional de Loreto
2010 – 2012

Razón	Nº	%
Simplemente lo olvidé	9	24,0
Sentía que la droga era tóxica/perjudicial	1	3,0
Estaba lejos de casa	7	19,0
Ocupado con otras cosas	10	27,0
Tuve un cambio en la rutina diaria	2	5,0
Me quedé dormido	2	5,0
Me sentía enfermo	1	3,0
Quería evitar efectos adversos/secundarios	1	3,0
Otro	4	11,0
Total	37	100,0

Los pacientes que olvidaron o dejaron de tomar su tratamiento antirretroviral en alguna ocasión (hace 2 días ó 2 a 4 semanas o hace más de 1 mes) señalaron que se debió a que se encontraban ocupados en otras actividades 27%, simplemente lo olvidaron 24%, se encontraban lejos de casa 19%. (Tabla 9)

- e. Relación entre el Grado de Adherencia de los pacientes en tratamiento y las características sociodemográficas.

TABLA 10
Relación entre Edad y Grado de Adherencia a la terapia TARGA
Hospital Regional de Loreto
2010 - 2012

EDAD	GRADO DE ADHERENCIA		TOTAL
	No adherencia	Adherencia	
20 - 29 años	4 (28,6%)	7(19,4%)	11 (22,0%)
30 - 39 años	5 (35,7%)	15 (41,7%)	20 (40,0%)
40 - 49 años	4 (28,6%)	6 (16,7%)	10 (20,0%)
50 - 59 años	1 (7,1%)	6 (16,7%)	7 (14,0%)
> 60 años	0 (0,0%)	2 (5,6%)	2 (4,0%)
TOTAL	14 (100,0%)	36 (100,0%)	50 (100,0%)

$$X^2 = 2,616, \text{ gl}=4, \text{ p}=0,624$$

El 41,7% de los pacientes que se encuentran en un rango etario de 30 – 39 años presentaron mayor adherencia que los demás grupos; no se encontró relación estadísticamente significativa ($p=0,624$) entre edad del paciente y grado de adherencia a la terapia antirretroviral.(Tabla 10)

TABLA 11
Relación entre Sexo y Grado de Adherencia a la terapia TARGA
Hospital Regional de Loreto
2010 - 2012

SEXO	GRADO DE ADHERENCIA		TOTAL
	No adherencia	Adherencia	
Femenino	4 (28,6%)	12 (33,3%)	16 (32,0%)
Masculino	10 (71,4%)	24 (66,7%)	34 (68,0%)
TOTAL	14 (100,0%)	36 (100,0%)	50 (100,0%)

$$X^2 = 0,105, \text{ gl}=1, \text{ p}=0,746$$

El 71,4% (10) de los pacientes que presentaron no adherencia pertenecen al género masculino; no se encontró relación estadísticamente significativa ($p=0,746$) entre sexo del paciente y grado de adherencia a la terapia antirretroviral.(Tabla 11)

TABLA 12
Relación entre Tipo de Lugar de Procedencia y Grado de Adherencia a la terapia TARGA
Hospital Regional de Loreto
2010 - 2012

TIPO DE LUGAR DE PROCEDENCIA	GRADO DE ADHERENCIA		TOTAL
	No adherencia	Adherencia	
Urbano	7 (50,0%)	11 (30,6%)	18 (36,0%)
Rural	2 (14,3%)	5 (13,9%)	7 (14,0%)
Urbano-Marginal	5 (35,7%)	20 (55,6%)	25 (50,0%)
TOTAL	14 (100,0%)	36 (100,0%)	50 (100,0%)

$$X^2 = 1,853, \text{ gl}=2, \text{ p}=0,396$$

El 55,6% (20) de los pacientes adherentes provienen de la zona urbano-marginal, mientras que el 50% (7) de los no adherentes provienen de zona urbana, no se encontró relación estadísticamente significativa ($p=0,396$) entre lugar de procedencia del paciente y grado de adherencia a la terapia antirretroviral. (Tabla 12)

TABLA 13
Relación entre Grado de Instrucción y Grado de Adherencia a la terapia TARGA
Hospital Regional de Loreto
2010 - 2012

GRADO DE INSTRUCCIÓN	GRADO DE ADHERENCIA		TOTAL
	No adherencia	Adherencia	
Primaria completa	1 (7,1%)	2 (5,6%)	3 (6,0%)
Primaria incompleta	0 (0,0%)	7 (19,4%)	7 (14,0%)
Secundaria completa	3 (21,4%)	6 (16,7%)	9 (18,0%)
Secundaria incompleta	4 (28,6%)	12 (33,3%)	16 (32,0%)
Superior	6 (42,9%)	9 (25,0%)	15 (30,0%)
TOTAL	14 (100,0%)	36 (100,0%)	50 (100,0%)

$$X^2 = 4,034, \text{ gl}=4, \text{ p}=0,401$$

El 33,3%(12) de los pacientes adherentes sólo tienen secundaria incompleta, mientras que el 42,9%(6) de los no adherentes tienen grado de instrucción superior; no se encontró relación estadísticamente significativa ($p=0,401$) entre grado de instrucción del paciente y grado de adherencia a la terapia antirretroviral. (Tabla 13)

TABLA 14
Relación entre Ocupación y Grado de Adherencia a la terapia TARGA
Hospital Regional de Loreto
2010 - 2012

OCUPACIÓN	GRADO DE ADHERENCIA		TOTAL
	No adherencia	Adherencia	
Obrero	0 (0,0%)	5 (13,9%)	5 (10,0%)
Empleado	3 (21,4%)	5 (13,9%)	8 (16,0%)
Independiente	7 (50,0%)	11 (30,6%)	18 (36,0%)
Su casa	3 (21,4%)	12 (33,3%)	15 (30,0%)
No trabaja	1 (7,1%)	2 (5,6%)	3 (6,0%)
Estudiante	0 (0,0%)	1 (2,8%)	1 (2,0%)
TOTAL	14 (100,0%)	36 (100,0%)	50 (100,0%)

$$X^2 = 4,269, \text{ gl}=5, \text{ p}=0,511$$

El 33,3%(12) de los pacientes adherentes se dedican a labores en su casa, mientras que el 50%(7) de los no adherentes son independientes; no se encontró relación estadísticamente significativa ($p=0,511$) entre ocupación del paciente y grado de adherencia a la terapia antirretroviral. (Tabla 14)

TABLA 15
Relación entre Consumo de alcohol y Grado de Adherencia a la terapia TARGA
Hospital Regional de Loreto
2010 - 2012

CONSUMO DE ALCOHOL	GRADO DE ADHERENCIA		TOTAL
	No adherencia	Adherencia	
No	6 (42,9%)	23 (63,9%)	29 (58,0%)
Si	8 (57,1%)	13 (36,1%)	21 (42,0%)
TOTAL	14 (100,0%)	36 (100,0%)	50 (100,0%)

$$X^2 = 1,830, \text{ gl}=1, \text{ p}=0,176$$

El 63%(23) de los pacientes adherentes señalaron no haber consumido alcohol, mientras que el 57,1%(8) de los no adherentes sí lo hicieron; no se encontró relación estadísticamente significativa ($p=0,176$) entre consumo de alcohol y grado de adherencia a la terapia antirretroviral. (Tabla 15)

TABLA 16
Relación entre Frecuencia de Consumo de alcohol y
Grado de Adherencia a la terapia TARGA
Hospital Regional de Loreto
2010 - 2012

FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALCOHOL	GRADO DE ADHERENCIA		TOTAL
	No adherencia	Adherencia	
Nunca	6 (42,9%)	23 (63,9%)	29 (58,0%)
1 vez al mes	3 (21,4%)	8 (22,2%)	11 (22,0%)
2 - 3 veces al mes	4 (28,6%)	3 (8,3%)	7 (14,0%)
1 - 2 veces por semana	0 (0,0%)	2 (5,6%)	2 (4,0%)
Diariamente	1 (7,1%)	0 (0,0%)	1 (2,0%)
TOTAL	14 (100,0%)	36 (100,0%)	50 (100,0%)

$$X^2 = 7,070, \text{ gl}=4, p=0,132$$

El 22,2%(8) de los pacientes adherentes señalaron consumir alcohol 1 vez al mes, mientras que el 28,6%(4) de los no adherentes lo hicieron 2 – 3 veces al mes; no se encontró relación estadísticamente significativa ($p=0,132$) entre consumo de alcohol y grado de adherencia a la terapia antirretroviral. (Tabla 16)

TABLA 17
Relación entre Soporte Social y Grado de Adherencia a la terapia TARGA
Hospital Regional de Loreto
2010 - 2012

QUIEN SABE DE SU ENFERMEDAD	GRADO DE ADHERENCIA		TOTAL
	No adherencia	Adherencia	
Solo yo	1(7,1%)	1 (2,8%)	2 (4,0%)
Pareja	3 (21,4%)	2 (5,6%)	5 (10,0%)
Familia	7 (50,0%)	25 (69,4%)	32 (64,0%)
Amigos	2 (14,3%)	8 (22,2%)	10 (20,0%)
Compañeros del trabajo	1 (7,1%)	0 (0,0%)	1 (2,0%)
TOTAL	14 (100,0%)	36 (100,0%)	50 (100,0%)

$$X^2 = 6,504, \text{ gl}=4, p=0,165$$

El 69,4%(25) de los pacientes adherentes señalaron que su familia tiene conocimiento de su enfermedad, mientras que el 21,4%(3) de los no adherentes sólo lo sabe su pareja; no se encontró relación estadísticamente significativa ($p=0,165$) entre quien tiene conocimiento de la enfermedad y grado de adherencia a la terapia antirretroviral. (Tabla 17)

TABLA 18
Relación entre Soporte Social y Grado de Adherencia a la terapia TARGA
Hospital Regional de Loreto
2010 - 2012

RECIBE APOYO POR SU FAMILIA/AMIGOS PARA RECORDAR MEDICACIÓN	GRADO DE ADHERENCIA		TOTAL
	No adherencia	Adherencia	
Para nada	2 (14,3%)	3 (8,3%)	5 (10,0%)
A veces	2 (14,3%)	5 (13,9%)	7 (14,0%)
Poco	3 (21,4%)	10 (27,8%)	13 (26,0%)
Mucho	7 (50,0%)	18 (50,0%)	25 (50,0%)
TOTAL	14 (100,0%)	36 (100,0%)	50 (100,0%)

$X^2 = 0,515$, $gl=3$, $p=0,916$

El 50%(18) de los pacientes adherentes señalaron tener mucho apoyo de familia y/o amigos, mientras que el 21,4%(8) de los no adherentes tienen poco apoyo; no se encontró relación estadísticamente significativa ($p=0,916$) entre consumo de alcohol y grado de adherencia a la terapia antirretroviral. (Tabla 18)

TABLA 19
Relación entre Soporte Social y Grado de Adherencia a la terapia TARGA
Hospital Regional de Loreto
2010 - 2012

GRADO DE APOYO DE FAMILIA/AMIGOS	GRADO DE ADHERENCIA		TOTAL
	No adherencia	Adherencia	
Muy insatisfecho	1 (7,1%)	4 (11,1%)	5 (10,0%)
Insatisfecho	2 (14,3%)	2 (5,6%)	4 (8,0%)
Satisfecho	9 (64,3%)	22 (61,1%)	31 (62,0%)
Muy satisfecho	2 (14,3%)	8 (22,2%)	10 (20,0%)
TOTAL	14 (100,0%)	36 (100,0%)	50 (100,0%)

$X^2 = 1,453$, $gl=3$, $p=0,693$

El 22,2%(8) de los pacientes adherentes señalaron estar muy satisfechos con el apoyo que reciben de sus familia/amigos, mientras que el 64,3%(9) de los no adherentes señalaron sentirse satisfechos con el apoyo que reciben de sus familia y amigos; no se encontró relación estadísticamente significativa ($p=0,693$) entre grado de apoyo de familia/amigos y grado de adherencia a la terapia antirretroviral. (Tabla 19)

- f. Relación entre el Grado de Adherencia de los pacientes en tratamiento y las características clínicas.

TABLA 20
Relación entre Modo de Transmisión y Grado de Adherencia a la terapia TARGA
Hospital Regional de Loreto
2010 - 2012

MODO DE TRANSMISION	GRADO DE ADHERENCIA		TOTAL
	No adherencia	Adherencia	
Hombre que tuvo sexo con Hombre	4 (28,6%)	12 (33,3%)	16 (32,0%)
Mujer que tuvo sexo con Hombre	1 (7,1%)	4 (11,1%)	5 (10,0%)
Hombre que tuvo sexo con mujer	8 (57,1%)	17 (47,2%)	25 (50,0%)
Agujas compartidas	0 (0,0%)	1 (2,8%)	1 (2,0%)
Transfusión de sangre y otros procedimientos	0 (0,0%)	2 (5,6%)	2 (4,0%)
No lo sabe	1 (7,1%)	0 (0,0%)	1 (2,0%)
TOTAL	14 (100,0%)	36 (100,0%)	50 (100,0%)

$$X^2 = 4,167, \text{ gl}=5, p=0,526$$

El 47,2%(17) de los pacientes adherentes señalaron como modo de transmisión haber tenido relación sexual con una persona del otro sexo, mientras que el 28,6%(4) de los no adherentes tuvieron relaciones sexuales con personas de su mismo sexo; no se encontró relación estadísticamente significativa ($p=0,526$) entre modo de transmisión y grado de adherencia a la terapia antirretroviral. (Tabla 20)

TABLA 21
Relación entre Tiempo de Enfermedad y Grado de Adherencia a la terapia TARGA
Hospital Regional de Loreto
2010 - 2012

TIEMPO DE ENFERMEDAD	GRADO DE ADHERENCIA		Total
	No adherencia	Adherencia	
6 meses - 1 año	4 (28,6%)	2 (5,6%)	6 (12,0%)
1 - 2 años	6 (42,9%)	21(58,3%)	27 (54,0%)
2 – 3 años	4 (28,6%)	13 (36,1%)	17 (34,0%)
Total	14 (100,0%)	36 (100,0%)	50 (100,0%)

$$X^2 = 5,065, \text{ gl}=2, p=0,079$$

El 58,3%(21) de los pacientes adherentes señalaron tener un tiempo de enfermedad de 1 – 2 años, mientras que el 28,6%(4) de los no adherentes tienen un tiempo de enfermedad de 6 meses – 1 año; no se encontró relación estadísticamente significativa ($p=0,079$) entre tiempo de enfermedad y grado de adherencia a la terapia antirretroviral. (Tabla 21)

- g. Relación entre el Grado de Adherencia de los pacientes en tratamiento y las características terapéuticas.

TABLA 22
Relación entre Tiempo de Tratamiento y Grado de Adherencia a la terapia TARGA
Hospital Regional de Loreto
2010 - 2012

TIEMPO DE TRATAMIENTO	Grado de Adherencia		TOTAL
	no adherencia	adherencia	
6 meses - 1 año	5 (35,7%)	6 (16,7%)	11 (22,0%)
1 - 2 años	8 (57,1%)	24 (66,7%)	32 (64,0%)
2 - 3 años	1 (7,1%)	6 (16,7%)	7 (14,0%)
TOTAL	14 (100,0%)	36 (100,0%)	50 (100,0%)

$$X^2 = 2,458, \text{ gl}=2, p=0,293$$

El 66,7%(24) de los pacientes adherentes señalaron tener un tiempo de tratamiento de 1 – 2 años, mientras que el 35,7%(5) de los no adherentes tienen un tiempo de tratamiento de 6 meses – 1 año; no se encontró relación estadísticamente significativa ($p=0,293$) entre tiempo de tratamiento y grado de adherencia a la terapia antirretroviral. (Tabla 22)

TABLA 23
Relación entre Esquema de Tratamiento y Grado de Adherencia a la terapia TARGA
Hospital Regional de Loreto
2010 - 2012

ESQUEMA DE TRATAMIENTO	GRADO DE ADHERENCIA		TOTAL
	No adherencia	Adherencia	
ABC+3TC+EFV	7 (50,0%)	18 (50,0%)	25 (50,0%)
ABC+3TC+KALETRA	0 (0,0%)	1 (2,8%)	1 (2,0%)
ABC+3TC+NVP	0 (0,0%)	2 (5,6%)	2 (4,0%)
D4T+3TC+EFV	2 (14,3%)	2 (5,6%)	4 (8,0%)
D4T+3TC+NVP	0 (0,0%)	1 (2,8%)	1 (2,0%)
ZDV+3TC+EFV	2 (14,3%)	8 (22,2%)	10 (20,0%)
ZDV+3TC+KALETRA	1 (7,1%)	1 (2,8%)	2 (4,0%)
ZDV+3TC+NVP	2 (14,3%)	3 (8,3%)	5 (10,0%)
TOTAL	14 (100,0%)	36 (100,0%)	50 (100,0%)

$$X^2 = 3,671, \text{ gl}=7, p=0,817$$

El 50%(18) de los pacientes adherentes presentan un esquema de tratamiento que comprende ABC+3TC+EFV, mientras que el 78,6% (11) de los no adherentes presentan un esquema de tratamiento que contiene EFV; no se encontró relación estadísticamente significativa ($p=0,817$) entre esquema de tratamiento y grado de adherencia a la terapia antirretroviral. (Tabla 23)

TABLA 24
Relación entre RAM y Grado de Adherencia a la terapia TARGA
Hospital Regional de Loreto
2010 - 2012

RAM	GRADO DE ADHERENCIA		TOTAL
	No adherencia	Adherencia	
No	2 (14,3%)	18 (50,0%)	20 (40,0%)
Si	12 (85,7%)	18 (50,0%)	30 (60,0%)
TOTAL	14 (100,0%)	36 (100,0%)	50 (100,0%)

$\chi^2 = 5,357$, $gl=1$, $p=0,021$

Con respecto al RAM, el 85,7%(12) de los no adherentes señalaron que sí presentaron RAM durante el tratamiento; se encontró relación estadísticamente significativa ($p=0,021$) entre RAM y grado de adherencia a la terapia antirretroviral. (Tabla 24)

4.2. DISCUSIÓN

Se estudiaron 50 pacientes en tratamiento TARGA del Hospital Regional de Loreto, en su mayoría fueron adultos de 30 a 39 años de edad (40%), predominio del sexo masculino (68%), proceden de la zona urbano – marginal (50%) con grado de instrucción secundaria incompleta (32%), con ocupación independiente (36%), no señalando consumo de alcohol (58%) y no consumo de drogas (100%); además mencionan que su familia tiene conocimiento de su enfermedad (64%), con mucho apoyo por parte de ellos para recordar medicación (50%) el cual resulta satisfactorio para el paciente (31%). Los resultados coinciden con **BICERRA (2009)**¹⁹ en el Hospital III – Iquitos ESSALUD encontró que en la mayoría de los pacientes en estudio fueron de predominio sexo masculino (81,1%), proceden de zona urbano-marginal (43,4%), pero difieren en la edad, pues sus pacientes eran adultos de edad intermedia (40 a 59 años), y en el nivel de instrucción, ya que encontró nivel superior (45,3%). Los resultados también coinciden con **BEJARANO y col (2006)**¹⁵ en el Hospital Hermilio Valdizan Medrano de la Ciudad de Huánuco, encontraron la edad promedio fue de 33,7 +/- 6,1 años; con una mediana de 32 años, el 90,0% de casos tuvieron algún grado de instrucción a diferencia del 10,0% que fueron analfabetos, la mayoría fueron trabajadores independientes (40%), tuvieron apoyo familiar en un 60,0%. No fuman (90,0%) y no beben (70,0%). Su diagnóstico compartió con sus padres en un 80,0% y con su pareja 60,0%. El 100% de casos en estudio conocen a cerca de su enfermedad. Los resultados difieren con los de **MAZIEL y col (2007)**¹⁶ quien en un estudio en 5 ciudades del Perú encontró pacientes cuyos rangos de edad oscilaron entre 18 y 70 años con una media de 34,9 +/- 8,7. Aproximadamente la cuarta parte de la muestra reportó cursar o haber cursado estudios de nivel superior tipo técnico o universitario (26,8%). **ALCANTARA (2008)**¹⁷ en un estudio en el Hospital Hipólito Unanue (Lima) en donde estudió 91 pacientes, encontró que 52,7% fueron del sexo masculino, con un promedio de edad de 34 años. **PEÑARRIETA y col (2009)**¹⁸ en un estudio en la ciudad de México reporta que de los 117 participantes, 84 (72%) fueron hombres con edad promedio de 37 años, siendo 59% son solteros; la mayoría (51%) se encuentra actualmente trabajando a tiempo completo o parcial. **TEJADA y col (2011)**¹³ en una muestra conformada por 44 gestantes VIH positivas, la edad promedio fue 27.9±5.9 años (rango de 18-39 años), el 77.3% tenía educación se-

cundaria, 15.9% primaria y sólo el 6.8% educación superior, siendo el promedio de años de estudios 9.5 ± 2.6 años (rango de 3-15 años). Las participantes eran en su mayoría (75%) amas de casa; la segunda ocupación más frecuente fue vendedora ambulante (13.6%). El consumo de drogas (alcohol, tabaco, cocaína, marihuana o heroína) en algún momento de su vida fue reportado en más de la mitad de las mujeres (54.5%).

Se encontró en el estudio que el 50% señaló como modo de transmisión el haber tenido relaciones sexuales con personas de otro sexo, mientras que el 32% señaló haber tenido relaciones sexuales con personas de su mismo sexo, además el 54% de los pacientes encuestados, presentan la enfermedad por 1 – 2 años. **VALENCIA y col (2007)**⁴² coincide al señalar que más de la mitad de los hombres (60%) y el total de las mujeres informan como mecanismo de transmisión las relaciones sexuales con un hombre, lo que muestra mayoritariamente un patrón de transmisión heterosexual.

Se reporta que el 64% de los pacientes tienen un tiempo de tratamiento de 1 – 2 años. El 50% de los pacientes recibe ABC + 3TC + EFV, el 60% presentó RAM, siendo las más comunes náuseas (14%), debilidad (8%) y parestesias (6%). **TEJADA y col (2011)**¹³ en cambio utilizó combinación de ARV, siendo la más usada la de dos NRTI y un inhibidor de proteasa con booster (Zidovudina, Lamivudina, Lopinavir y Ritonavir) en un 56.8% de gestantes, seguido de dos NRTI y un NNRTI en el 34% (Zidovudina, Lamivudina, y Nevirapina). **ASTUVILCA y col (2007)**³⁵ en un estudio en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, reportó como principales reacciones adversas: anemia (23,4%), seguida de náuseas (20,6%) y rash dérmico (17,2%), encontrándose una mayor incidencia de RAM en el esquema AZT + 3TC + NVP. **PEÑARRIETA y col (2009)**¹⁸ señala que los efectos secundarios más comunes encontrados en su estudio fueron el cansancio con 52%, y en orden de frecuencia el dolor de cabeza (42%), náuseas (39%), ardor estomacal (39%) y dolor abdominal (35%), asimismo, 16% refirió no presentar ningún de los trece síntomas investigados. Podemos observar que en la mayoría de estudios, los pacientes señalaron haber presentado náuseas.

El 72% de los pacientes en tratamiento TARGA presenta una adecuada adherencia a la terapia, siendo las principales razones de haber dejado de tomar una dosis el que se encontraban ocupados en otras actividades (20%), simplemente lo olvidaron (18%), se encontraban lejos de casa (14%). A diferencia de otros estudios como **PEÑARRIETA y col (2009)**¹⁸ quienes, al evaluar la adherencia, observaron que el 50% no son adherentes en las últimas cuatro semanas y un 48% en los últimos cuatro días de aplicada la encuesta, indicando que las razones más habituales por las que no tomaron las medicinas los últimos cuatro días anteriores a la aplicación de la encuesta fueron: el olvido (35%), evitar los efectos desagradables (23%), y no tener los medicamentos al alcance inmediato (38%). **FELIX y col (2012)**²² en un estudio en el Hospital Universitario de Sao Paulo, encontró que el 35% de las pacientes en estudio, no alcanzaron criterios de adhesión, alegando como motivos principales los esquemas terapéuticos impuestos y los efectos colaterales de los antirretrovirales. **TEJADA y col (2011)**¹³ señala entre razones más frecuentes para haber perdido alguna dosis de ARV o que representaban un problema para la toma: "estar lejos de casa" y "cambio en la rutina" (70%).

Los adultos entre 30 a 39 años presentaron mayor adherencia que los otros grupos etáreos. Algunos estudios^{6,15} demuestran que las características sociodemográficas (sexo, grado de instrucción, ocupación, consumo de alcohol, estatus HIV) se relacionan con la adherencia, pero en nuestro estudio encontramos que el sexo ($p=0,746$), grado de instrucción ($p=0,401$), el consumo de alcohol ($p=0,175$) y estatus HIV [quien conoce la enfermedad] ($p=0,165$), grado de apoyo social ($p=0,693$) no tienen relación con adherencia. **TEJADA y col (2011)**¹³ observó que ser amade casa representaba un factor protector con una tendencia alaumento en el tiempo, aunque no llegó a ser significativo. Respecto a la edad, no se encontró diferencia en los promedios entre quienes fueron adherentes y no. **WASTI y col (2012)**¹⁴ en un estudio, encontró que el 85% respondía a la adherencia, no habiendo olvidado ni una dosis en las cuatro semanas previas, siendo los factores que tenían mayor influencia en la adherencia: el estatus de HIV (sólo el paciente lo conoce) (OR = 17.99, $p = 0.014$); consumo de alcohol (OR = 12.89, $p = 0.001$), ser mujer (OR = 6.91, $p = 0.001$), ser analfabeto (OR = 4.58, $p = 0.015$), efectos adversos (OR = 6.04, $p = 0.025$), inicio e TARGA hace 24 meses (OR = 3.18, $p = 0.009$), tiempo de viaje hasta el hospital 1

hora (OR = 2.84, p = 0.035). **ALVIS y col (2008)**⁶ señalan que el 35,9% de los encuestados resultó ser no adherente. Los factores independientemente asociados a la no adherencia fueron: ser homosexual/bisexual (OR: 3,85, IC95% 1,98 a 7,51), tener una baja calidad de vida relacionada a la salud (OR: 6,22, IC95% 3,47 a 11,13), poco apoyo social (OR: 5,41, IC95% 3,17 a 9,22), no tener domicilio fijo (OR 3,34, IC95% 1,93 a 5,79), tener morbilidad psíquica (OR 2,93, IC95% 1,78 a 4,82) y tener mayor tiempo en tratamiento (OR 1,04, IC95% 1,02 a 1,07).

Con respecto a las características del tratamiento, no se encontró significancia estadística entre tiempo de tratamiento y adherencia (p=0,293) mientras que **ALVIS y col (2008)**⁶ encontraron que tener mayor tiempo de tratamiento se encuentra asociado a la no adherencia (OR 1,04, IC95% 1,02 a 1,07, p=0,002).

En el estudio se encuentra que los pacientes que presentan RAM tienen significativamente una menor adherencia a la terapia antirretroviral que los que no lo presentan (p=0,021), demostrando lo que se encuentra en la literatura, que uno de los factores que influyen en la adherencia del esquema antirretroviral son los efectos adversos o no deseados que presenta el paciente SIDA durante su tratamiento^{14,19,21}; todos los antirretrovirales pueden presentar efectos adversos y toxicidad significativa, que pueden presentar al inicio del TARGA o aparecer a largo plazo. Es fundamental aprender a detectarlos, monitorizarlos y educar a los pacientes, ya que el manejo adecuado de las reacciones adversas mejora la calidad de vida, y la adherencia al TARGA y reduce las necesidades de cambio frecuente de antirretrovirales.

4.3. CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados obtenidos en la presente investigación, se puede concluir:

- Los pacientes encuestados se encontraron en un rango de edad de 30 a 39 años (40%), predominio del sexo masculino (68%), proceden de la zona urbano – marginal (50%) con grado de instrucción secundaria incompleta (32%), con ocupación independiente (36%), no señalando consumo de alcohol (58%) y no consumo de drogas (100%); además mencionan que su familia tiene conocimiento de su enfermedad (64%), con mucho apoyo por parte de ellos (50%) el cual resulta satisfactorio para el paciente (31%).
- Se encontró en el estudio que el 50% señaló como modo de transmisión el haber tenido relaciones sexuales con personas de otro sexo y el 54% de los pacientes encuestados presentan la enfermedad por 1 – 2 años,
- Se reporta que los pacientes tienen un tiempo de tratamiento de 1 – 2 años en el 64%. El 50% de los pacientes recibe como esquema de tratamiento ABC + 3TC + EFV, el 60% presentó RAM, siendo las más comunes náuseas (23%), debilidad (13%) y parestesias (11%).
- El 72% de los pacientes en tratamiento TARGA presenta una adecuada adherencia a la terapia, siendo las principales razones de haber dejado de tomar una dosis el que se encontraban ocupados en otras actividades (20%), simplemente lo olvidaron (18%), se encontraban lejos de casa (14%).
- La adherencia se relacionó con la presencia de RAM, no encontrándose relación con los otros factores sociodemográficos (edad, sexo, procedencia, grado de instrucción, ocupación, consumo de alcohol y drogas, soporte social), clínicos (modo de transmisión, tiempo de enfermedad) y terapéuticos (tiempo de tratamiento, esquema terapéutico).

4.4. RECOMENDACIONES

- Debe darse mayor información a los pacientes sobre los futuros efectos adversos que pueden presentar los medicamentos de la terapia antirretroviral, con la finalidad de que aprendan a reconocerlos y acudir a tiempo al consultorio, y de esa manera no dejen de consumir su terapia.
- Evaluar los factores del Sistema de Salud asociados a la adherencia, ya que aunque no se ha tratado el mismo en este estudio, representa un aspecto importante a tener en cuenta.
- El Programa de Control de ETS del Hospital Regional de Loreto, debe fortalecer la visita domiciliaria a los pacientes que viven con VIH/SIDA que presentan no adherencia al tratamiento.
- Se debe realizar con mayor frecuencia encuestas de adherencia a los pacientes que reciben tratamiento antirretroviral.

CAPITULO 05

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **UNAIDS / JC2417E.**Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2012.
2. **UNAIDS.** AIDS Epidemic Update/09.36E / JC1700E (English original, November 2009)
3. **Perú, Ministerio de Salud.** Dirección General de Epidemiología. Situación del VIH/SIDA en el Perú: Boletín Epidemiológico Mensual: Diciembre 2012
4. **Gobierno Regional de Loreto, COREMUSA Loreto.** Plan Estratégico Multisectorial Regional – Loreto 2008-2012 para la Prevención y Control de las ITS, el VIH y SIDA. Diciembre 2007
5. **Gotuzzo, E.** SIDA en el Perú. RevMedHered 18 (4), 2007, 181 - 183pp
6. **Alvis O, De Coll L, Chumbimune L, Díaz C, Díaz J, Reyes M.**Factores asociados a la no adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en adultos infectados con el VIH – SIDA. AnFacmed. 2009;70(4):266-72
7. **Andrade, L.** Revisión de la adherencia al tratamiento antiretroviral – TARGA y directrices para su mejoramiento tras 4 años de tratamiento ARV en e l Perú; Nov 2008. Patrocinado por MINSa - ESNITSS
8. **Remor E.** Valoración de la adhesión al tratamiento antirretroviral en pacientes VIH+. Psicothema 2002. Vol. 14, nº 2, pp. 262-267
9. **Mesones J.** Situación del VIH-SIDA en el Perú. Presentación de diapositivas de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y SIDA, Ministerio de Salud del Perú
10. **Hospital Regional de Loreto.** Reporte de personas viviendo con VIH y SIDA con Terapia Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA). Reporte de Pacientes 2010 – 2012.
11. **DIRESA – Loreto.** 2009. Presentación con diapositivas de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de ITS VIH/SIDA.
12. **Angles, E.** Factores asociados a fracaso al TARGA en pacientes con infección VIH en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza – 2009. Disponible en: http://www.ccv-vih.com/estudios/study_detail/15. Fecha Acceso [4-06-2013]
13. **Tejada R, Alarcón J, Velásquez C, Gutiérrez C, Loarte C, Zunt J, Montano S.** Factores asociados a la no adherencia a TARGA durante la gestación, periparto y postparto en

mujeresVIH positivas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, Lima-Perú.
Revperuepidemiol 2011; 15 (2) [7 pp.]

14. **Wasti SP, Simkhada P, Randall J, Freeman JV, van Teijlingen E.** Factors Influencing Adherence to Antiretroviral Treatment in Nepal: A Mixed-Methods Study. PLoS ONE 2012; 7(5): e35547. doi: 10.1371/ journal. pone. 0035547
15. **Bejarano C, Chanamé G, Dámaso B, Palacios E.** Factores de la adherencia de las personas que viven con VIH/SIDA que reciben esquema TARGA en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Huánuco. 2006. Informe Técnico N° 75. Código: 2-06-19-05-049. Auspiciado por Ministerio de Salud: Instituto Nacional de Salud: Centro de Información y Documentación Científica
16. **Maziel J, Segura E, Salazar V, Valverde R, Salazar X, Cáceres C.** Percepciones de las personas viviendo con VIH/SIDA sobre los servicios de salud y el tratamiento antirretroviral de gran actividad: un estudio transversal en cinco ciudades del Perú. RevPeruMedExp Salud Publica 2007; 24(3): 211 – 17.
17. **Alcántara I.** Factores asociados a la adherencia al TARGA, en pacientes con VIH/SIDA del Hospital Nacional Hipólito Unanue: Lima-Perú, 2004-2007 [Tesis]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos: Facultad de Medicina Humana: E.A.P. de Enfermería. 2008
18. **Peñarrieta M, Kendall T, Martinez N, Rivera A, Gonzales N, Flores F, Del Angel E.** Adherencia al tratamiento antirretroviral en personas con VIH en Tamaulipas, México. RevPeruMedExp Salud Pública. 2009; 26(3): 333-37
19. **Bicerra M.** Factores sociodemográficos y terapéuticos asociados a la adherencia de la terapia antirretroviral de gran actividad en el Hospital III EsSalud [Tesis]. Universidad Nacional de la Amazonía Peruana. 2009
20. **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 Oct; 12(9):562-9
21. **Baltazary G, Akarro RR, Mussa AS.** Some factors associated with non-adherence to antiretroviral therapy (ART) in people living with HIV/AIDS (PLHA) in Tanzania: a case study of Dar es Salaam region. East Afr J PublicHealth. 2011 Dec: 8(4):237-46.

22. **Felix G, Ceolim M.** The profile of women with HIV/AIDS and their adherence to the antiretroviral therapy. *Rev Esc Enferm USP* 2012; 46(4):882-9
23. **Lyimo et al.** Determinants of antiretroviral therapy adherence in northern Tanzania: a comprehensive picture from the patient perspective. *BMC Public Health* 2012, 12:716
24. **Gianotti N, Galli L, Bocchiola B, Cahua T, Panzini P, Zandonà D et al.** Number of daily pills, dosing schedule, self-reported adherence and health status in 2010: a large cross-sectional study of HIV-infected patients on antiretroviral therapy. *HIV Med.* 2012 Sep 20. doi: 10.1111
25. **Kakjing D, Falang, P, Akubaka, and N. S. Jimam.** Patient factors impacting antiretroviral drug adherence in a Nigerian tertiary hospital. *J PharmacolPharmacother.* 2012 Apr-Jun; 3(2): 138–142.
26. **Perú, Ministerio de Salud.** Dirección General de Epidemiología. Situación del VIH/Sida en el Perú. Boletín Epidemiológico a Febrero 2011.
27. **Perú, Ministerio de Salud.** Un paso adelante en la lucha contra el SIDA: los primeros dos años de acceso universal al tratamiento antirretroviral en el Perú: Ministerio de Salud, 2006. 42 – 43pp
28. **Perú, Ministerio de Salud.** Norma Técnica para el Tratamiento Antiretroviral de Gran Actividad – TARGA en adultos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana. Lima: MINSa; 2004, NT N° 2004-MINSa/DGSP-V.01
29. **Gutierrez R.** Terapia Antirretroviral en pacientes adultos con Infección VIH-SIDA. Tomado de diapositivas. Universidad Peruana Cayetano Heredia.
30. **García C.** Terapia Antirretroviral. Instituto de Medicina Tropical “AvH”. Facultad de Medicina. Universidad Peruana Cayetano Heredia: Telemedicina Disponible en: <http://www.upch.edu.pe/tropicales/telemedicinatarga/MODULOS/TERAPIAARV.htm>
31. **Cattelan A, Bauer U, Trevenzoli M, Sasset L, Campostrini S, Facchin Ch.** *Arch Dermatol.* 2006;142:329-334
32. **Grinspoon S, Andrew C.** Cardiovascular Risk and Body-Fat Abnormalities in HIV-Infected Adults. *N Engl J Med* 2005; 352:48-62.
33. **Santos E, Fuertes A.** Efectos adversos de los fármacos antirretrovirales. Fisiopatología, manifestaciones clínicas y tratamiento. *AN. MED. INTERNA (Madrid).* Vol. 23, N° 7, pp. 338-344, 2006

34. **Hardman, J. Limbrid, L. Goodman & Gilman**, Las bases farmacológicas de la terapéutica. 10ª Edic. 1369 – 1389 pp
35. **Astuvilca J, Arce Y, Sotelo R, Quispe J, Guillén R, Peralta L, et al.** Incidencia y factores asociados con las reacciones adversas del tratamiento antirretroviral inicial en pacientes con VIH. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* 2007; 24(3): 218 – 24
36. **The INSIGHT–ESPRIT Study Group, SILCAAT Scientific Committee.** Interleukin-2 Therapy in Patients with HIV Infection. *N Engl J Med* 2009; 361:1548-59.
37. **Martín M, Del Cacho E, López E, Codina C, Tuset M, De Lazzari, et al.** Reacciones adversas del tratamiento antirretroviral: relación entre los síntomas percibidos y el cumplimiento terapéutico. *Medicina Clínica*, Volume 129, Issue 4, Pages 127-133
38. **Morillo R, Abdel-Kader M, Márquez E, Martínez I, Artacho S, Almeida C, Del Corral M.** Análisis de las causas de suspensión del régimen antirretroviral simplificado abacavir, lamivudina y zidovudina. *Farmacia Hospitalaria*, Volume 29, Issue 3, Pages 164-170
39. **Bruce D. Walker, M.D., and Martin S. Hirsch, M.D.** Antiretroviral Therapy in Early HIV Infection. *N Engl J Med* 368;3 NEJM.Org January 17, 2013
40. **España, Consejo Asesor de la Secretaría Plan Nacional sobre el SIDA.** Recomendaciones GESIDA/SEFH/PNS para mejorar la Adherencia al Tratamiento Antirretroviral. (Actualización Junio de 2008).
41. **M. A. Chesney , J. R. Ickovics , D. B. Chambers , A. L. Gifford , J. Neidig , B. Zwickl , A. W. Wu & PATIENT CARE COMMITTEE & ADHERENCE WORKING GROUP OF THE OUTCOMES COMMITTEE OF THE ADULT AIDS CLINICAL TRIALS GROUP (AACTG)** (2000): Self-reported adherence to antiretroviral medications among participants in HIV clinical trials: The AACTG Adherence Instruments, *AIDS Care: Psychological and Socio-medical Aspects of AIDS/HIV*, 12:3, 255-266
42. **Valencia, P.** Signos y síntomas en personas que viven con el virus del sida (PVVS) en Cali, Colombia. *Col Med.* Vol. 38 Nº 4, 2007

ANEXO 01

"FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS, CLÍNICOS Y TERAPÉUTICOS ASOCIADOS A LA ADHERENCIA DE LA TERAPIA ANTIRETROVIRAL DE GRAN ACTIVIDAD EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO DEL 2010 - 2012"

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS EVALUACION DE LA ADHERENCIA DE LOS PVVS EN TARGA

FECHA DE ENTREVISTA		INICIO	
N° DE ENCUESTA		FINAL	
PACIENTE		CODIGO	

PARTE I : CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

- 1) EDAD : _____
- 2) SEXO
 - a) Masculino
 - b) Femenino
- 3) PROCEDENCIA
 - a) Urbano
 - b) Rural
 - c) Urbano marginal (pueblo joven)
- 4) GRADO DE INSTRUCCIÓN
 - a) Analfabeto
 - b) Primaria completa
 - c) Primaria Incompleta
 - d) Secundaria Completa
 - e) Secundaria incompleta
 - f) Superior
- 5) OCUPACION
 - a) Obrero
 - b) Empleado
 - c) Independiente
 - d) Su casa
 - e) No trabaja
 - f) Otro (especificar) _____
- 6) CONSUMO DE ALCOHOL
 - a) Sí
 - b) No
- 7) Si respondió SI a la pregunta anterior, conteste, con qué FRECUENCIA:
 - a) Nunca
 - b) Una vez al mes
 - c) 2 – 3 veces al mes
 - d) Una/dos veces por semana
 - e) Casi todos los días
 - f) Diariamente
- 8) Si respondió SI a la pregunta 13, cuán frecuentemente tomó bebidas alcohólicas en los últimos 30 días:

- 9) CONSUMO DE COCAINA
 - a) Sí
 - b) No
- 10) Si respondió SI a la pregunta anterior, conteste, con qué FRECUENCIA:
 - a) Siempre
 - b) Hace 1 mes
 - c) Hace 6 meses
 - d) Nunca

- 11) CONSUMO DE MARIHUANA
 a) Sí b) No
- 12) Si respondió SI a la pregunta anterior, conteste, con qué FRECUENCIA:
 a) Siempre c) Hace 6 meses
 b) Hace 1 mes d) Nunca
- 13) CONSUMO DE OTRA DROGA: _____, con qué FRECUENCIA:
 a) Siempre c) Hace 6 meses
 b) Hace 1 mes d) Nunca
- 14) ¿Quién(es), tienen conocimiento de su enfermedad VIH/SIDA?
 a) Solo usted d) Amigos
 b) Pareja e) Compañeros de trabajo
 c) Familia f) Otros: _____
- 15) APOYO DE AMIGOS Y/O FAMILIA PARA RECORDAR MEDICACIÓN
 a) Para nada c) Poco
 b) A veces d) Mucho
- 16) GRADO DE SATISFACCION POR APOYO DE AMIGOS Y/O FAMILIA
 a) Muy insatisfecho c) Satisfecho
 b) Insatisfecho d) Muy satisfecho

PARTE II : CARACTERISTICAS CLÍNICAS

- 17) MODO DE TRANSMISION
 a) Hombres que tienen sexo con hombres e) Transfusión de sangre o algún otro procedimiento
 b) Mujeres que tienen sexo con hombres f) Otro/No lo se
 c) Hombres que tiene sexo con mujeres
 d) Agujas compartidas
- 18) TIEMPO DE ENFERMEDAD
 a) < 1 año c) 2 a 3 años
 b) 1 a 2 años

PARTE III : CARACTERISTICAS TERAPÉUTICAS

- 19) TIEMPO DE TRATAMIENTO
 a) > 6 meses y < 1 año c) 2 a 3 años
 b) De 1 a 2 años
 d)
- 20) MEDICACION TARGA: COLOCAR ESQUEMA: _____
- 21) RAM
 a) Sí b) No
- 22) Si la respuesta anterior es Sí, señale CUÁL(ES)
 a) Anemia e) Rash
 b) Nauseas f) Diarrea
 c) Vómitos g) Temores/preocupaciones
 d) Sed h) Dolor muscular

- i) Debilidad
- j) Fatiga
- k) Depresión
- l) Dolor de las articulaciones
- m) Boca seca
- n) Dificultad de concentración
- o) Pérdida de memoria
- p) Dolor de cabeza
- q) Insomnio/no puede dormir
- r) Sudores de noche
- s) Adormecimiento/cosquilleo de manos /dedos
- t) Hepatitis
- u) Otros (especifique)_____

PARTE IV : CUESTIONARIO DE ADHERENCIA

ADHERENCIA MUY RECIENTE

23) Mencione los medicamentos que recibe:

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	DOSIS PRESCRITA POR DÍA	NUMERO DE PÍLDORAS POR DOSIS	OTRAS INDICACIONES

24) ¿Olvidaste tomar tus medicamentos en los últimos dos días?

- a) Ayer:
 - i) Si
 - ii) No
- b) Antes de Ayer:
 - i) Si
 - ii) No

ADHERENCIA MUY DISTANTE

25) ¿Olvidaste tomar tus medicamentos el último fin de semana (sábado y/o domingo)?

- a) Si
- b) No

26) ¿Cuándo fue la última vez que olvidaste tomar alguno de tus medicamentos?

- a) Hace 2 días
- b) Hace 2 semanas
- c) Hace 2 - 4 semanas
- d) Hace 1 - 3 meses
- e) Hace > 3 meses
- f) Nunca olvido tomar medicamento

27) Si Ud. ha olvidado tomar alguna vez su medicación, ¿Cuál cree que fue la razón?

- a) Simplemente lo olvidé
- b) Estaba lejos de casa
- c) Ocupado con otras cosas
- d) Tuve un cambio en la rutina diaria
- e) Me quedé dormido
- f) Tenía problemas para tomar los medicamentos en horarios específicos
- g) Me sentía enfermo
- h) Quería evitar efectos adversos/secundarios
- i) Me sentía deprimido/ abrumado
- j) Tenía que tomar muchas píldoras
- k) No quería que otros se den cuenta que tomo píldoras
- l) Sentía que la droga era tóxica/perjudicial

28) Paciente es:

- a) Adherente
- b) No adherente