

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA DE MEDICINA HUMANA



**Factores asociados a la no Adherencia del Tratamiento Antirretroviral
de Gran Actividad en adultos con Síndrome de Inmunodeficiencia
Adquirida Hospital Lazarte**

Proyecto de Tesis para optar el Título de Médico Cirujano

AUTOR:

Patricia Del Pilar Leiva Salinas

ASESOR:

Dr. Orlando Becker Cilliani Aguirre

Trujillo – Perú

2016

MIEMBROS DEL JURADO

Dr. Pedro Díaz Camacho	Presidente
Dr. Edwin Vilela Vargas	Secretario
Dr. Walter Llique Díaz	Vocal

DEDICATORIA

A Dios, por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A mis Padres Segundo y Elsa, por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por confiar en mí.

A mis hermanos Luis y Milagros,

Por su paciencia y la oportunidad de aprender de ellos.

A mis primitos, por su amor y motivación para dar lo mejor de mí y seguir siendo su ejemplo.

A mis tíos, quienes me enseñaron que con esfuerzo se consigue lo que queremos.

AGRADECIMIENTOS

- A Dios, por darme una familia muy especial, quienes me apoyaron en todo momento, sin escatimar gastos, y a quienes, deseo retribuir con el mayor de mis esfuerzos.
- El reconocimiento a mi asesor el Prof. Dr. Orlando Becker Cilliani Aguirre, por sus sabios conocimientos, disponibilidad, paciencia, y ayuda para la elaboración y ejecución de esta tesis.
- Mi agradecimiento al personal del Servicio de Medicina Interna del Hospital Víctor Lazarte Echegaray de Trujillo - Perú, por haberme permitido ejecutar este trabajo.
- A la Facultad de Medicina de esta prestigiosa universidad por la formación integral y el soporte institucional para la realización de este trabajo.
- Hago extensivo mi agradecimiento a los miembros del jurado, Dr. Pedro Díaz Camacho, Dr. Edwin Vilela Vargas y Dr. Walter Llique Díaz, por su valioso tiempo y aportes académicos importante para mi desarrollo profesional.

RESUMEN

Mediante la presente investigación se busca determinar los factores asociados a la no Adherencia del Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad en adultos con Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida en Hospital Víctor Lazarte Echegaray. Para lo cual; se llevó a cabo un estudio de tipo analítico, observacional, retrospectivo, de casos y controles. La población de estudio estuvo constituida por 150 pacientes adultos con Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida según criterios de inclusión y exclusión establecidos; distribuidos en dos grupos: con y sin adherencia del Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad.

Teniendo como resultados que el promedio de edad en el grupo no adherente fue 26.4 años y en el grupo adherente fue 31.5 años ($p<0.05$); El promedio de tiempo de enfermedad en el grupo no adherente fue 4.6 años y en el grupo adherente fue 2.5 años ($p<0.05$); el tener grado de instrucción analfabeta o primaria condiciona un odds ratio de 4.1 ($p<0.05$) de no adherencia al TARGA; el tener conducta homosexual condiciona un odds ratio de 2.1 ($p<0.05$) de no adherencia al TARGA.

Concluyendo que el tener menor edad, mayor tiempo de enfermedad, grado de instrucción analfabeta o primaria y tener conducta homosexual es factor asociado a la no adherencia al TARGA en adultos con Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

Palabras Clave: No adherencia, terapia antirretroviral, factores asociados.

ABSTRACT

The purpose of this research is to determine the factors associated with Non-adherence of Highly Active Antiretroviral Therapy (HAART) in adults with Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) in Victor Lazarte Echegaray Hospital. For this purpose, a retrospective, observational and analytical case-control study was made. The study population consisted of 150 adult patients with Acquired Immune Deficiency Syndrome as per inclusion and exclusion criteria; divided them into two groups: with or without adherence of Highly Active Antiretroviral Therapy.

As a result of this research, the average age was 26.4 years for the non-adherent group and 31.5 years in the adherent group ($p < 0.05$); the average time of disease was 4.6 years for the non-adherent group and 2.5 years in the adherent group ($p < 0.05$); an education level of illiterate or elementary determines an odds ratio of 4.1 ($p < 0.05$) of non-adherence to HAART; an homosexual behavior calculates an odds ratio of 2.1 ($p < 0.05$) of non-adherence to HAART.

In conclusion, younger age, longer time of the disease and elementary or illiterate education level and homosexual behavior is a factor associated with non-adherence to HAART in adults with Acquired Immunodeficiency Syndrome.

Keywords: No-adherence, antiretroviral therapy, factor associated.

ÍNDICE

Carátula

Dedicatoria y agradecimiento

Resumen y abstract

I. INTRODUCCIÓN

1.1. Marco Teórico	8
1.2. Antecedentes	11
1.3. Justificación	13
1.4. Problema	13
1.5. Hipótesis: Nula y Alterna	13
1.6. Objetivos: General y Específicos	14

II. MATERIAL Y MÉTODOS

2.1. Población de estudio	16
2.2. Criterios de Selección: Inclusión y Exclusión	16
2.3. Muestra: Unidad de Análisis, Muestreo y Fórmula para el tamaño de muestra	17
2.4. Diseño de estudio	18
2.5. Variables y Operacionalización de variables	20
2.6. Procedimientos	21
2.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	22
2.8. Procesamiento y análisis estadístico	22
2.9. Consideraciones éticas	23

III. RESULTADOS

24

IV. DISCUSIÓN

31

V. CONCLUSIONES

35

VI. RECOMENDACIONES

36

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

37

VIII. ANEXO

41

I. INTRODUCCIÓN:

1.1. Marco teórico

El Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es un lentivirus de la familia Retroviridae, causante del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). Existen dos tipos de VIH; VIH-1 y VIH-2, el primero; descubierto originalmente, el cual es más virulento e infeccioso que el VIH-2 y causante de la mayoría de infecciones por VIH en el mundo. En cambio el VIH-2 es menos contagioso y por ello se encuentra confinado casi exclusivamente a los países de África occidental (1,2).

El VIH debilita el sistema inmunitario actuando en los sistemas de vigilancia y defensa contra las infecciones y algunos tipos de cáncer. A medida que el virus destruye las células inmunitarias; alterando su función, la persona infectada se vuelve inmunodeficiente. Esta inmunodeficiencia entraña mayor sensibilidad a diversas infecciones y enfermedades que las personas con un sistema inmunitario saludable pueden combatir. Llegando a su fase más avanzada, el SIDA, que tarda entre 2 y 15 años en aparecer; con manifestaciones clínicas graves, dependiendo del tipo de persona (3,4).

A finales del 2014, el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) estimó que 36,9 millones (34,3–41,4 millones) de personas vivían con el VIH en el mundo, de los cuáles; 2 millones (1,9–2,2 millones) de personas se infectaron con el virus ese mismo año. África Subsahariana, fue la región más afectada con 25,8 (24–28,7) millones de personas infectadas, registrando casi el 70% del total mundial de nuevas infecciones por VIH. La mortalidad de esta infección, llegó a 1,2 millones (980 000–1,6 millones) de personas a causa de enfermedades relacionadas con el sida (5).

En América latina, para el año 2014, había 1,7 millones (1,4 millones–2 millones) de personas que vivían con el VIH. Siendo 87 000 (70 000–100 000) casos nuevos. Que comparándose desde el año 2000; estos casos incidentes se redujeron en un 17%, y la mortalidad disminuyó en un 29% entre 2005 y 2014, registrándose 41000 (30 000–82 000) fallecidos a causa de enfermedades relacionadas con el SIDA (5).

Las mayores epidemias de la región corresponden a los países más populosos, especialmente Brasil, que alberga a más de un tercio de todas las personas que

viven con el VIH. Sin embargo, la epidemia se está haciendo más extensa, desarrollándose en países pequeños como Belice y Honduras, en cada uno de los cuales el 1,5% o más de los adultos viven con el VIH (6,7).

Desde el inicio de la epidemia del VIH/SIDA en el Perú; año 1983, hasta el 30 de setiembre del 2015, han pasado 32 años, en los que se notificaron 33,535 casos de SIDA y 59,276 infecciones por VIH. Considerándose como el segundo país andino con alta incidencia de esta enfermedad. En referencia a los casos de SIDA, para el año 2015, la principal vía de transmisión sigue siendo la sexual con un 97%, indicando que las relaciones coitales no protegidas son la más importante forma de exposición al VIH en el Perú (8).

La introducción del Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA), representa en el paciente; un aumento de la supervivencia, mejoría de la calidad de vida, disminución de las complicaciones asociadas a dicha enfermedad, reducción significativa de la letalidad, convirtiendo a esta infección en enfermedad crónica tratable y no en una enfermedad terminal (9,10).

En el mundo, la ONUSIDA registra que en junio del 2015; 15,8 millones de personas que vivían con el VIH tenían acceso al tratamiento antirretrovírico, frente a los 13,6 millones de sujetos que había hasta junio del 2014 (5).

En el Perú, el Ministerio de Salud a través de la Estrategia Sanitaria para el Control y Prevención de Infecciones de Transmisión Sexual VIH y SIDA con el apoyo del Fondo Global para La Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, destinado a los países en vías de desarrollo, implementó en el año 2004, el acceso gratuito al TARGA, impactando en la disminución de las muertes por SIDA de manera drástica en la última década; sin embargo, todavía se producen entre 1,100 y 1,200 muertes al año (11).

A pesar que el TARGA mejora la respuesta clínica, inmunológica y viral del paciente, es necesario mantener un nivel de adherencia a la terapia prescrita, que de no mantenerla; se producirá un incremento de la actividad viral y con ello se podría desarrollar rápidamente resistencia a los fármacos (12,13).

El TARGA en la última década, es considerado importante en los pacientes con VIH/SIDA, debido a que reduce la letalidad, hospitalizaciones, incidencia de infecciones oportunistas, uso de servicios de salud y mejora la calidad de vida; por su bajo costo y efectividad positiva (13,14).

Toda persona con diagnóstico de infección por VIH/SIDA es considerada para ingresar al TARGA según su estado clínico, inmunológico y virológico. El cual es voluntario y no es considerado una emergencia pues es indispensable una exhaustiva evaluación periódica, el manejo de infecciones oportunistas y cánceres secundarios (15,16).

Éstos parámetros son imprescindibles para el monitoreo de la eficacia, adherencia y efectos adversos del TARGA; por lo que también, es importante explicar al paciente el riesgo de éstas, como acidosis láctica, hepatotoxicidad, hiperglicemia, alteraciones en la distribución de grasa corporal, dislipidemia, osteonecrosis, osteopenia, osteoporosis, entre otras (17,18,19).

La definición de adherencia para los pacientes con infección por el VIH, es: “Grado en que el comportamiento de una persona se ajusta a la toma adecuada de los medicamentos antirretrovirales, sigue un régimen alimentario y ejecuta cambios de estilos de vida en concordancia con las recomendaciones del personal de salud” (20,21,22).

La buena adherencia al TARGA es un factor decisivo para el éxito del tratamiento y la no adherencia puede tener implicancias en la salud pública. Cabe resaltar que un antirretroviral tiene todos los componentes para dificultar la adherencia; consumo prolongado, con elevado número de comprimidos, varias tomas al día, interferencia con alimentos y hábitos de vida (23,24,25).

No está muy clara la relación entre el tiempo de la enfermedad y la adherencia al tratamiento, aunque habitualmente esta relación suele ser un proceso cíclico con el tiempo. El paciente que inicia el tratamiento lo hace convencido de su utilidad, y al cabo de un período, empieza a cansarse de él; disminuyendo su adherencia, y retomando cuando adquiere alguna infección oportunista o un empeoramiento de sus datos analíticos (26,27).

Del mismo modo, las características sociodemográficas; la edad, raza, sexo o historia previa de adicción a drogas de los pacientes se han relacionado de manera desigual con la adherencia de los mismos. Otro factor importante y poco valorado en nuestro medio es la estigmatización social o familiar y el miedo de las consecuencias de revelar el estado de infección por VIH que sumado a la pobreza tiene un papel importante como determinante social del VIH/SIDA y la propagación del virus, así como el acceso y la adherencia al tratamiento antirretroviral (28,29,30).

1.2 Antecedentes:

Sánchez V. y Col. (España, 2011); llevaron a cabo un estudio con el objetivo de conocer la adherencia a los tratamientos antirretrovirales y las variables asociadas; se incluyeron todos los pacientes que acudieron a consultas externas. Se consideraron no adherentes aquellos que manifestaron no haber ingerido en los 4 días previos a la entrevista el 10% o más del total de dosis prescritas de al menos un fármaco, o aquellos que en los últimos 3 meses habían acumulado un retraso en la recogida de los fármacos superior a 9 días. De los 206 pacientes entrevistados se consideraron no adherentes 108 (52,4%); quienes refirieron no estar totalmente seguros de poder tomar correctamente los tratamientos prescritos (OR ajustada: 2,5). (31)

Hernández-Gomez A. y Col. (Mexico 2013); realizaron una investigación respecto a la Adherencia del tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH/SIDA. Aplicando un estudio descriptivo transversal en 62 pacientes VIH/SIDA atendidos en el Hospital General de Zona del Instituto Mexicano del Seguro Social. De los cuales, el 72.6% eran del género masculino, edad media de 36.5 años (DE=9.0), el nivel educativo que predominó para ser adherente fue la secundaria 37.1%. Siendo el 90.3% de la muestra estudiada quienes sí se adhieren al tratamiento antirretroviral (32).

Ventura J. y Col. (España, 2014); llevaron a cabo un estudio con la finalidad de determinar la relación entre satisfacción con el tratamiento antirretroviral, adherencia y calidad de vida en pacientes adultos diagnosticados de infección por VIH con TARGA según la carga posológica; por medio de un estudio observacional, transversal y multicéntrico. Donde se recogieron variables sociodemográficas, clínicas, carga posológica

(1, 2-4 o más de 4 comprimidos al día), adherencia. Se evaluaron 328 pacientes (76% varones; $46,0 \pm 9,2$ años). La única variable asociada con la probabilidad de ser adherente fue la edad (OR = 1,02; IC 95%). (33)

Idindili B, et al (Tanzania, 2014); desarrollaron un estudio con la finalidad de precisar los factores relacionados con la no adherencia al TARGA en pacientes con diagnóstico de infección por VIH, por medio de un diseño retrospectivo de casos y controles en el que se incluyeron a un total de 79 casos y 237 controles, observando como factores de riesgo asociados; el grado de instrucción (OR 3.3, IC 95% 1.3-8.5); el consumo de alcohol (OR 1.9, IC 95% 1.4-3.7) y la falta de acceso a los servicio sanitarios (OR 2.0, IC 95% 1.2-3.8). (34)

Alvis O. y Col. (Perú, 2011); llevaron a cabo un estudio con el objetivo de determinar la prevalencia y los factores asociados a la no adherencia al TARGA en adultos infectados con el VIH-SIDA, por medio de un diseño transversal; se aplicó un cuestionario estructurado, elaborado en función a instrumentos que evalúan la adherencia y factores asociados. Se encuestó 465 personas; encontrando que los factores independientemente asociados a la no adherencia fueron: ser homosexual/bisexual (OR: 3,85, IC95% 1,98 - 7,51), no tener domicilio fijo (OR 3,34, IC95% 1,93 - 5,79), y tener mayor tiempo en tratamiento (OR 1,04, IC95% 1,02 - 1,07). (35)

Tejada R. y Col. (Perú, 2011); desarrollaron una investigación con la finalidad de determinar los factores asociados a la no adherencia a TARGA en pacientes VIH positivos; definiendo no adherencia como una pérdida de más del 5% de dosis en los últimos tres días. Se estudió 44 pacientes gestantes. Cuya edad promedio fue de 27.9 ± 5.9 años. Al enrolamiento el 86.4% tomaba TARGA. Donde el 61.4% se encontraba en su primer esquema; finalmente, la no adherencia fue de 21.2%; siendo los factores asociados a la no adherencia un menor tiempo recibiendo el TARGA ($p < 0.05$), tomar más de dos pastillas al día ($p < 0.05$) y un mayor tiempo de diagnóstico de VIH ($p < 0.05$). (36)

Pacífico J, y Col. (Perú 2015); Llevaron a cabo un estudio para determinar la asociación entre la información recibida sobre el tratamiento antirretroviral de gran actividad y la adherencia a este tratamiento en pacientes con VIH / SIDA del Servicio de

Infectología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Lima, Perú. Siendo un estudio observacional, de corte transversal y analítico. Donde 364 pacientes fueron entrevistados, cuyos factores asociados con la satisfacción de la información y adherencia fueron: sexo femenino (OR = 0,52; IC del 95%: 0,30 a 0,90); nivel de la educación superior (OR = 0,45; IC del 95%: 0,27 a 0,75) y la edad (OR = 1,05; IC del 95%: 1,02 a 1,08). (37)

1.3 Justificación:

La infección por VIH actualmente condiciona una considerable morbimortalidad en la población afectada por esta; por tal motivo la adherencia al TARGA tiene un papel muy importante en la efectividad del tratamiento en pacientes con infección por VIH. Una adherencia no adecuada se ha relacionado con fracaso terapéutico, aparición de resistencias y aumento de la morbilidad y mortalidad de los pacientes con esta patología. El esfuerzo concertado en el cuidado clínico y la investigación, es urgentemente necesario, para apoyar esta población vulnerable; en este sentido creemos necesario determinar los principales factores asociados a la no adherencia del TARGA en la población adulta para mediante ello proponer estrategias para la superación de ciertas barreras que se imponen al correcto uso tratamiento antirretroviral; considerando la escasez de investigaciones similares en nuestro medio es que nos planteamos realizar la presente investigación.

1.4 Problema

¿Son la edad, el tiempo de enfermedad, el grado de instrucción, la procedencia y la conducta homosexual factores asociados a la no adherencia al Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad en adultos con Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida en el Hospital Víctor Lazarte Echeagaray – 2015 ?

1.5 Hipótesis:

Hipótesis nula:

La edad, el tiempo de enfermedad, el grado de instrucción, la procedencia y la conducta homosexual no son factores asociados a la no adherencia al Tratamiento

Antirretroviral de Gran Actividad en adultos con Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida en el Hospital Víctor Lazarte Echeagaray.

Hipótesis alternativa:

La edad, el tiempo de enfermedad, el grado de instrucción, la procedencia y la conducta homosexual son factores asociados a la no adherencia al Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad en adultos con Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida en el Hospital Víctor Lazarte Echeagaray.

1.6 Objetivos:

General:

Determinar si la edad, el tiempo de enfermedad, el grado de instrucción, procedencia y la conducta homosexual son factores asociados a la no adherencia al Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad en adultos con Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida en Hospital Víctor Lazarte Echeagaray .

Específicos:

1. Identificar si la edad, es factor asociado a la no adherencia al Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad en adultos con Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

2. Identificar que el tiempo de enfermedad, es factor asociado a la no adherencia al Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad en adultos con Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

3. Evidenciar que el grado de instrucción es factor asociado a la no adherencia al Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad en adultos con Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

4. Evidenciar si la conducta homosexual, es un factor asociado a la no adherencia al Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad en adultos con Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

5. Determinar si la procedencia es un factor asociado a la no adherencia al Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad en adultos con Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

II. MATERIAL Y MÉTODO:

2.1 Población de estudio

2.1.1 Población Diana o Universo:

Estará constituida por los pacientes adultos con infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana en Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad atendidos en el Hospital Víctor Lazarte Echegaray en el período Enero – Diciembre 2015.

2.1.2 Población de Estudio:

Estará constituida por los pacientes adultos con infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana en Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad atendidos en el Hospital Víctor Lazarte Echegaray en el período Enero – Diciembre 2015 y que cumplan los siguientes criterios de selección.

2.2 Criterios de Selección: Inclusión y exclusión

Criterios de inclusión (Casos):

- Pacientes que cuenten con Seguro Social que pertenecen al programa TARGA y no son adherentes al tratamiento; mayor igual de 18 años hasta los 85 años, ambos sexos que pertenecen al departamento La Libertad y cuyas historias clínicas precisan las variables en estudio.

Criterios de inclusión (Controles)

- Pacientes que cuenten con Seguro Social que pertenecen al programa TARGA y se adhieran al tratamiento; mayor igual de 18 años hasta los 85 años, ambos sexos que pertenecen al departamento La Libertad, cuyas historias clínicas precisan las variables en estudio.

Criterios de exclusión:

- Pacientes que no cuenten con Seguro Social, en tratamiento con antirretrovirales por una indicación distinta al TARGA, en tratamiento con drogas antituberculosas, niños y gestantes. Cuyas historias clínicas no precisan información necesaria de las variables en estudio.

2.3 Muestra:

Unidad de Análisis:

Cada uno de los pacientes con infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana en Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad atendidos en el Hospital Víctor Lazarte Echegaray en el período Enero – Diciembre 2015 y que cumplan los criterios de selección correspondientes.

Unidad de Muestreo:

Cada una de las historias clínicas de los pacientes con infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana en Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad atendidos en el Hospital Víctor Lazarte Echegaray en el periodo Enero – Diciembre 2015 y que cumplan los criterios de selección correspondientes.

Tamaño muestral:

Para la determinación del tamaño de muestra se utilizaría la fórmula estadística para 2 grupos de estudio³⁸:

$$n = \frac{(Z_{\alpha/2} + Z_{\beta})^2 (p_1.q_1 + p_2.q_2)}{(p_1 - p_2)^2}$$

p_1 = proporción de controles que estuvieron expuestos a uno de los factores de riesgo

p_2 = proporción de casos que estuvieron expuestos a uno de los factores de riesgo

n = número de casos

d = valor nulo de las diferencias en proporciones = $p_1 - p_2$

$Z_{\alpha/2} = 1,96$ para $\alpha = 0.05$

$Z_{\beta} = 0,84$ para $\beta = 0.20$

$$p1 = 0.46^{20}$$

$$p2 = 0.25^{20}$$

R: 1

Alvis O, y Col. en Perú en el 2011 observó que la conducta homosexual estuvo presente en el 46% de los casos y únicamente en el 25% de los controles.

Reemplazando los valores, se tiene:

$$n = 50$$

CASOS: (Pacientes sin adherencia al TARGA) = 50 pacientes

CONTROLES: (Pacientes con adherencia al TARGA) = 100 pacientes.

2.4 Diseño del estudio

Tipo de estudio

Estudio analítico, observacional, retrospectivo, de casos y controles.

Diseño específico:

P	NR	G1	X1, X2, X3, X4, X5
		G2	X1, X2, X3, X4, X5

P: Población

NR: No randomización

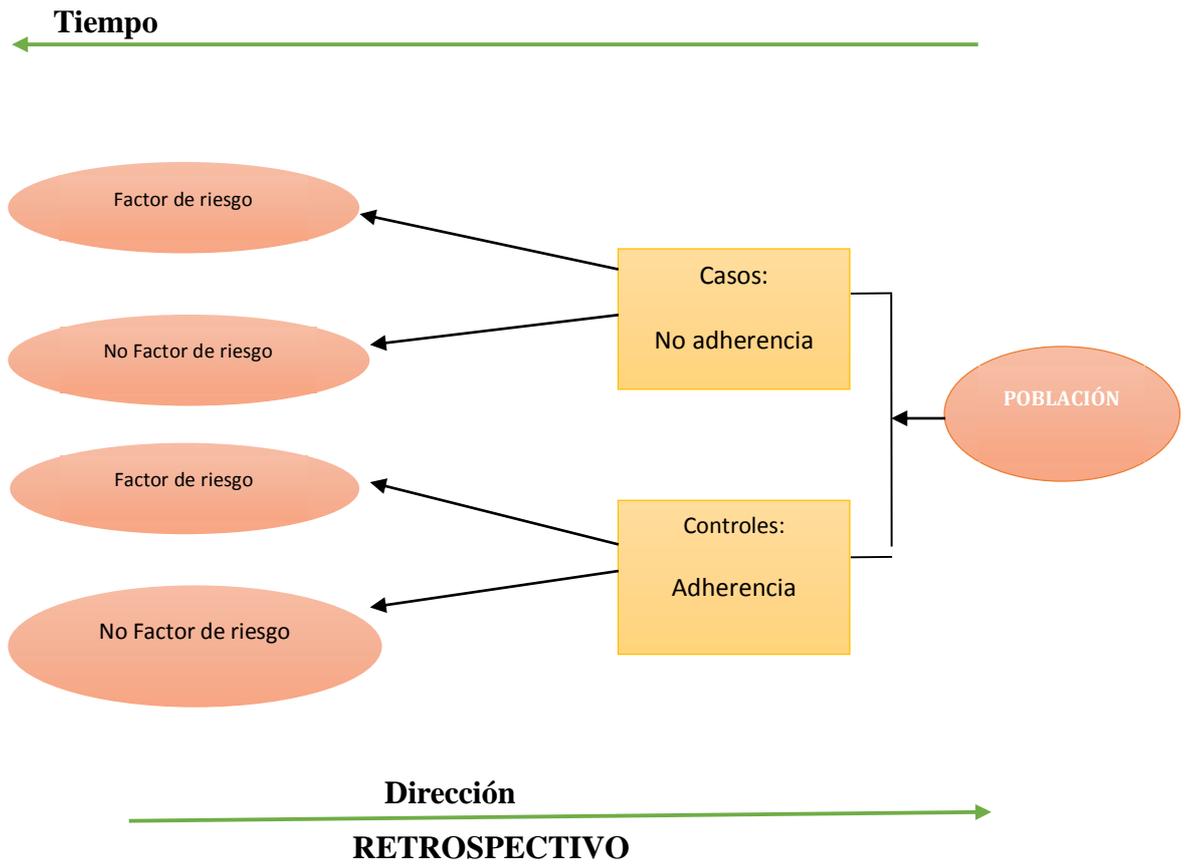
G1: Pacientes no adherentes

G2: Pacientes adherentes

X1: Edad

X2: Tiempo de enfermedad

- X3: Grado de instrucción
- X4: Procedencia
- X5: Conducta homosexual



2.5 Variables y Operacionalización de variables

VARIABLE	TIPO	ESCALA	INDICADORES	INDICES
DEPENDIENTE: ADHERENCIA AL TARGA	Cualitativa	Nominal	H. Clínica	Sí – No
INDEPENDIENTE: EDAD	Cuantitativa	Continua	H. Clínica	Años
TIEMPO DE ENFERMEDAD	Cuantitativa	Continua	H. Clínica	Años
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Cualitativa	Ordinal	H. Clínica	Analfabeto Primaria Secundaria Superior
HOMOSEXUALIDAD	Cualitativa	Nominal	H. Clínica	Sí – No
PROCEDENCIA	Cualitativa	Nominal	H. Clínica	Urbano – Rural

Definiciones operacionales:

Adherencia al TARGA: Se definirá por medio de la aplicación del Test de Morisky-Green-Levine (Anexo 2); un cuestionario que se aplicará directamente al paciente y que consta de 4 preguntas con una puntuación de 0 a 4 puntos; será considerado adherente cuando el puntaje sea de 4 y no adherente cuando el puntaje sea inferior a 4 puntos (32).

Conducta homosexual: Será considerado cuando el paciente confirme mantener relaciones coitales vía vaginal, anal u oral con otra persona de su mismo sexo (33).

Grado de instrucción: Se considerará a las siguientes categorías: analfabeto, instrucción primaria, instrucción secundaria y superior; según el nivel de estudios alcanzado por el paciente al momento de la entrevista (33).

Tiempo de enfermedad: Será considerado el tiempo de enfermedad en años, desde el momento del diagnóstico hasta el momento actual de la entrevista y que estén recibiendo TARGA (35).

Procedencia: Se considerará la dirección actual del paciente, clasificándola como población rural o urbana (38).

Edad: Se considerará la edad en el momento actual de la entrevista, mayor igual de 18 años hasta los 85 años (38).

2.6 Procedimiento

Se solicitará la autorización al Gerente de la Red Asistencial La Libertad – EsSalud para la ejecución de la presente tesis en el Hospital Víctor Lazarte Echegaray; una vez cedida, se procederá a enviar la solicitud al Jefe del Servicio de Medicina Interna.

Posteriormente, se revisarán las Historias clínicas de la Consulta Externa en el período Enero – Diciembre 2015, obteniendo la información necesaria para formar parte del estudio. Se selecciona a los pacientes con infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana en Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión, así mismo, por medio de muestreo aleatorio simple; se les aplicará el Cuestionario de Adherencia (Anexo 2); para precisar la pertenencia al grupo casos y controles.

Posteriormente, los datos correspondientes a los factores asociados se incorporarán en la hoja de recolección de datos (Anexo 1).

Finalmente, los datos obtenidos se vacían en un archivo Excel 2013 y serán trasladados a una base de SPSS-23 para su posterior procesamiento.

2.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

El registro de datos que estuvieron consignados en las correspondientes hojas de recolección de datos serán procesados utilizando el paquete estadístico SPSS 23.0, los que luego serán presentados en cuadros de entrada simple y doble, así como gráficos de relevancia.

Estadística Descriptiva:

Pasamos la información obtenida a través de la recolección de datos, una vez obtenida la información, la organización de datos se realizará a través de una matriz de tabulación, instalada en una Pc con procesador Core i7 con Windows 7 y construida mediante el programa estadístico para investigación médica (SPSS versión 23.0).

Se usarán medidas de tendencia central (media, mediana, moda) y de dispersión para las variables cuantitativas.

Los resultados serán presentados en un cuadro de doble entrada con distribución de frecuencias absolutas y relativas de acuerdo a los objetivos planteados.

2.8 Procesamiento y análisis estadístico

Estadística Analítica

En el análisis estadístico se hará uso de la prueba chi cuadrado de independencia de criterios para establecer si existe relación entre las variables cualitativas y de la prueba t de student para las variables cuantitativas, considerando que la asociación es significativa si $p < 0,05$ o la posibilidad a equivocarse sea menor al 5%.

Estadígrafo propio del estudio:

Dado que el estudio evaluará asociación a través de un diseño tipo casos y controles, calcularemos el Odds Ratio (OR) de los factores de riesgo en relación a la no adherencia al TARGA en este tipo de pacientes y su intervalo de confianza al 95% correspondiente.

		ADHERENCIA AL TARGA	
		NO	SI
FACTOR DE RIESGO	Presente	a	b
	Ausente	c	d

ODSS RATIO: $a \times d / c \times b$

2.9 Consideraciones éticas:

La presente investigación contará con la autorización del comité de Investigación y Ética del Hospital Víctor Lazarte Echegaray y de la Universidad Privada Antenor Orrego. Debido a que es un estudio de casos y controles en donde se recogerán datos clínicos de las historias de los pacientes; se tomara en cuenta la declaración de Helsinki II (Numerales: 11, 12, 14, 15, 22 y 23) (39) y la ley general de salud (D.S. 017-2006-SA y D.S. 006-2007-SA) (40).

III. RESULTADOS

En este capítulo presentaremos el resultado de las pruebas de hipótesis, según el análisis estadístico utilizado para cada factor.

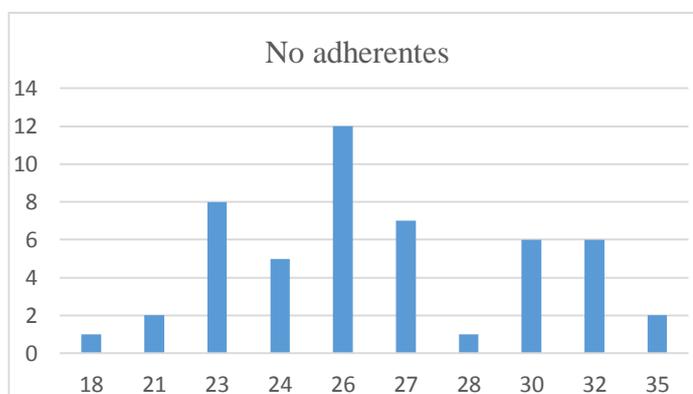
Tabla N° 01: Comparación del promedio de edad en adultos con Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida; con adherencia y sin adherencia al Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad Hospital Víctor Lazarte Echegaray 2015:

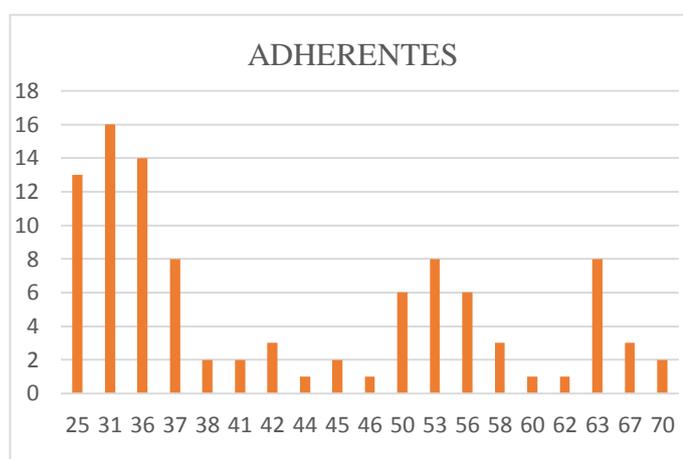
Edad	Adherencia al TARGA			
	No (n=50)	Si (n=100)	T de student	P
Promedio	26.4	31.5	3.24	<0.01
Desviación estándar	4.8	6.3		

FUENTE: HOSPITAL VICTOR LAZARTE ECHEGARAY –Ficha de datos: 2015.

Luego de realizar el análisis estadístico utilizando la prueba T de student, en la comparación de edades, se puede observar que el nivel de significancia $p < 0.01$ el cual es menor al propuesto; de 0.05, nos permite rechazar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis alternativa, donde el grupo no adherente tiene un promedio de edad significativamente menor que el grupo adherente.

Gráfico N° 01: Comparación del promedio de edad en adultos con Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida; con adherencia y sin adherencia al Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad Hospital Víctor Lazarte Echegaray 2015:





En los gráficos 01; se puede evidenciar que en los Pacientes No adherentes al TARGA, la moda fue de 26 años; la mediana 26.5 años y la media 26.4 años. En comparación con los pacientes Adherentes al TARGA, cuya moda es 31 años; mediana de 46 años y media de 31,5 años

Tabla N° 02: Comparación del promedio de tiempo de enfermedad en adultos con Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida; con adherencia y sin adherencia del Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad Hospital Víctor Lazarte Echegaray 2015:

Tiempo de enfermedad	Adherencia al TARGA		T de student	p
	No (n=50)	Si (n=100)		
Promedio	4.6	2.5	3.54	<0.01
Desviación estándar	3.1	1.7		

FUENTE: HOSPITAL VICTOR LAZARTE ECHEGARAY –Ficha de datos: 2015.

Al realizar el análisis estadístico utilizando la prueba T de student, en la comparación de promedios de tiempo de enfermedad se puede observar que el nivel de significancia es 0.01, por lo cual se rechaza la hipótesis nula; aceptando la hipótesis alternativa, donde el grupo no adherente tiene un promedio de tiempo de enfermedad significativamente mayor que el grupo adherente.

Tabla N° 03: Grado de instrucción como factor asociado a la no adherencia al Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad en adultos con Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida Hospital Víctor Lazarte Echegaray 2015:

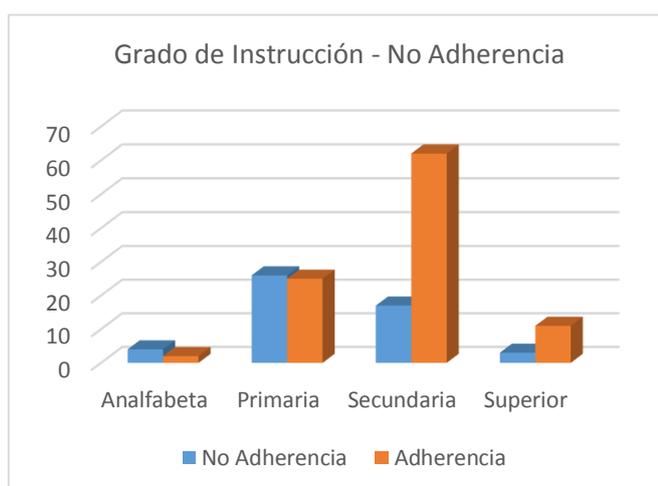
Grado de instrucción	Adherencia		Total
	No	Si	
Analfabeta	4 (2.8%)	2 (1.4%)	6
Primaria	26(17.3%)	25(16.3%)	51
Secundaria	17 (11.4%)	62 (41.4%)	79
Superior	3 (2%)	11 (7.4%)	14
Total	50	100	150 (100%)

FUENTE: HOSPITAL VICTOR LAZARTE ECHEGARAY –Ficha de datos: 2015.

- Chi cuadrado: 16.6
- $p < 0.05$.
- Odds ratio: 4.1
- Intervalo de confianza al 95%: (2.24 – 7.28)

En el estudio observamos un odds ratio > 1 , el cual nos indica que la asociación es positiva; es decir, que el tener grado de instrucción analfabeta o primaria expresa riesgo para la no adherencia al TARGA; cuyo intervalo de confianza es de 95% y finalmente expresa significancia de estos riesgos al verificar que la influencia del azar es decir el valor de p es inferior al 5%; estas 3 condiciones permiten afirmar que esta variable es factor de riesgo para la no adherencia al TARGA.

Gráfico N° 03: Grado de instrucción como factor asociado a la no adherencia al Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad en adultos con Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida Hospital Víctor Lazarte Echegaray 2015:



La frecuencia de grado de instrucción analfabeta y primaria en los pacientes con no adherencia fue de 20.1 %; mientras que los pacientes que presentaron adherencia fue de 17.7 %. Así mismo, los pacientes con grado de instrucción secundaria y superior no adherentes al TARGA fue el 13.4 % en comparación al 48.8% que sí presentó adherencia al TARGA

Tabla N° 04: Conducta homosexual como factor asociado a la no adherencia del Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad en adultos con Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida Hospital Víctor Lazarte Echegaray 2015:

Conducta Homosexual	Adherencia		Total
	SI	NO	
Sí	21 (14%)	31 (20.7%)	52
No	63(42%)	35(23.3%)	98
Total	84 (56%)	66 (44%)	150 (100%)

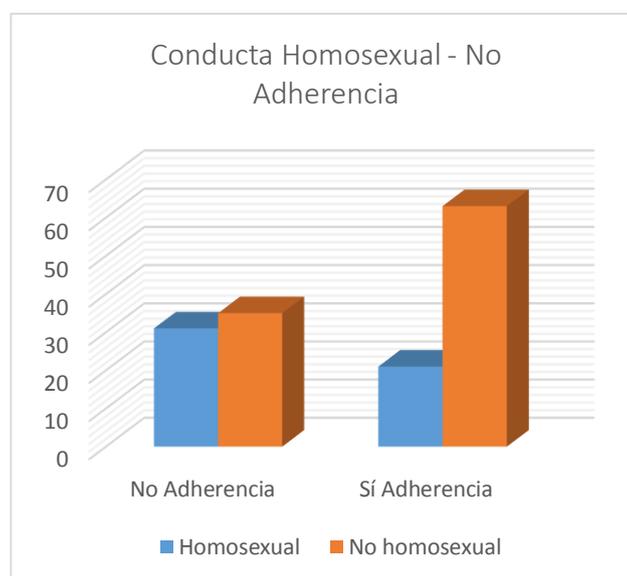
FUENTE: HOSPITAL VICTOR LAZARTE ECHEGARAY –Ficha de datos: 2015.

- Chi cuadrado: 4.2

- $p < 0.05$.
- Odds ratio: 2.1
- Intervalo de confianza al 95%: (1.22 – 3.64)

En el análisis se observa que la conducta homosexual expresa riesgo para no adherencia a nivel muestral lo que se traduce en un odds ratio > 1 ; así mismo se puede extrapolar a nivel poblacional traduciéndose en un intervalo de confianza al 95% > 1 y finalmente expresa significancia de estos riesgos al verificar que la influencia del azar es decir el valor de p es inferior al 5%; estas 3 condiciones permiten afirmar que esta variable es factor de riesgo para no adherencia al TARGA.

Gráfico N° 04: Conducta homosexual como factor asociado a la no adherencia del Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad en adultos con Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida Hospital Víctor Lazarte Echegaray 2015:



La frecuencia de conducta homosexual en los pacientes con no adherencia fue de 20.7% mientras que en los pacientes con adherencia fue de 14%.

Tabla N° 05: Procedencia rural como factor asociado a la no adherencia al Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad en adultos con Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida Hospital Víctor Lazarte Echegaray 2015:

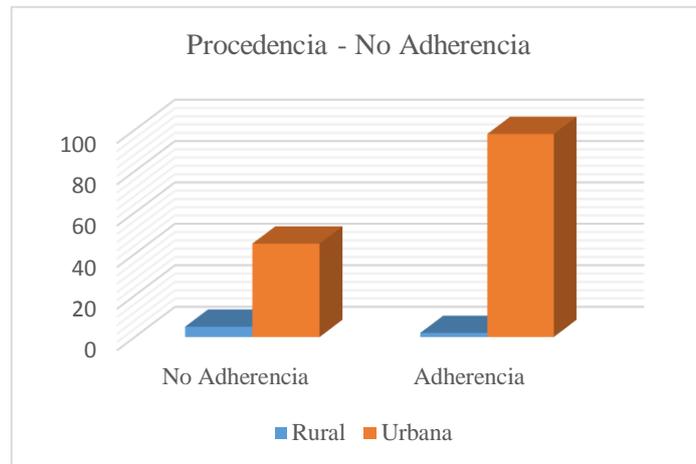
Procedencia rural	Adherencia		Total
	No	Si	
Si	5 (3.3%)	2(1.3%)	7
No	45(30%)	98(65.4%)	143
Total	50 (33.3%)	100 (66.7%)	150 (100%)

FUENTE: HOSPITAL VICTOR LAZARTE ECHEGARAY –Ficha de datos: 2015.

- Chi cuadrado: 4.4
- $p < 0.05$.
- Odds ratio: 5.44
- Intervalo de confianza al 95%: (1.44 – 8.96)

En el análisis se observa que la procedencia rural expresa riesgo para no adherencia a nivel muestral; lo que se traduce en un odds ratio > 1 ; expresando este mismo riesgo a nivel poblacional traducido en un intervalo de confianza al 95% > 1 y finalmente expresa significancia de estos riesgos al verificar que la influencia del azar es decir el valor de p es inferior al 5%; estas 3 condiciones permiten afirmar que esta variable es factor de riesgo para no adherencia al TARGA.

Gráfico N° 05: Procedencia rural como factor asociado a la no adherencia al Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad en adultos con Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida Hospital Víctor Lazarte Echegaray 2015:



La frecuencia de pacientes que viven en zona rural fue de 4.6 % frente al 95.4 % de pacientes con procedencia urbana. De los cuales, el vivir en zona rural y que no presentan adherencia al TARGA fue de 3.3%; mientras que los pacientes que presentaron adherencia al TARGA fue de 1.3 %. Así mismo, de los pacientes que viven en zona urbana; el 30% no presentó adherencia al TARGA, frente al 65.4% que sí lo hizo.

IV. DISCUSIÒN

Con el TARGA se ha reducido significativamente las tasas de letalidad asociadas a la infección por VIH/SIDA, convirtiendo a esta infección en una enfermedad crónica tratable y no en una enfermedad terminal (9,10). Es sumamente necesario mantener un gran nivel de adherencia a la terapia prescrita, que de no mantenerla se producirá un incremento de la actividad viral y con ello se podría desarrollar rápidamente resistencia a los fármacos (13,14). La buena adherencia al TARGA es un factor decisivo para el éxito del tratamiento y la no adherencia puede tener importantes implicancias en la salud pública (26,27,28).

Se puede considerar a la *edad* como un factor de no adherencia al TARGA, que al comparar los promedios de edades entre los grupos adherentes y no adherentes al tratamiento, a través de la estadística paramétrica; t de student, se comprueba el rechazo de la hipótesis nula propuesta, que pretende verificar que los promedios de edad en los pacientes que recibieron TARGA son significativamente distintos con un valor de significancia ($p < 0.01$); con tendencia a disminuir en el grupo no adherente al tratamiento antirretroviral.

En referencia a que la edad debe ser considerado un factor de no adherencia al tratamiento; podemos mencionar el estudio realizado por **Ventura J, y Col.** en España en el 2014 donde se menciona la relación entre la satisfacción de la adherencia con el tratamiento antirretroviral y la calidad de vida en pacientes con infección por VIH que siguen el TARGA; en un estudio observacional, transversal, multicéntrico; donde la única variable asociada con la probabilidad de ser adherente fue la edad (OR = 1,02; IC 95%) (33), indicando que mientras son más longevos, presentan mejor tolerancia al tratamiento. En este caso el estudio realizado corresponde a una población de características muy distintas y con un diseño transversal. En la presente investigación, podemos observar que la variable edad, es significativo con un IC 95% en el que se reconoce la influencia de ésta en el paciente guardando relación con su capacidad de no adherencia al tratamiento; esto tendría que ver con el hecho que; a menor edad es menos factible entender la historia natural de una

enfermedad crónica y por ende los beneficios de recibir un tratamiento, aun cuando la enfermedad no esté produciendo síntomas en ese mismo momento.

Con respecto al *tiempo de enfermedad* se realiza una confrontación de los promedios entre los pacientes no adherentes y adherentes; por medio de la prueba t de student, donde se reconoce que los promedios de tiempo de enfermedad son significativamente distintos ($p < 0.01$); con la característica de ser más prolongados en el grupo que no se adhiere al TARGA.

En un estudio realizado con respecto al tiempo de enfermedad por **Tejada R, y Col.** en Perú en el 2011 determinaron que los factores asociados a la no adherencia a TARGA en 44 pacientes gestantes VIH positivos; la no adherencia fue de 21.2%; valor con tendencia a la igualdad en el posparto a mujeres no gestantes, siendo los factores asociados un mayor tiempo de diagnóstico de VIH ($p < 0.05$) (36). El estudio se desarrolla en un contexto poblacional idéntico al de esta investigación, por ser una población peruana, con un tamaño muestral menor y una estrategia de análisis similar; que reconoce la influencia del tiempo de enfermedad sobre la adherencia al TARGA; esto estaría relacionado directamente con el hecho que mientras mayor sea el tiempo que el paciente convive con la enfermedad y el tratamiento correspondiente; es más probable que identifique el efecto sumativo de algunos efectos adversos que éste produce en el individuo y ello ejerza una influencia definitiva en la decisión del paciente de continuar recibéndolo.

Al verificar la asociación de la variable *grado de instrucción*; se observa que para las categorías analfabeta y primaria el odds ratio para no adherencia fue de 4.1; el cual se traduce en riesgo para no adherencia, siendo verificado a través de la prueba chi cuadrado para extrapolar esta conclusión a la población; es decir tiene significancia estadística ($p < 0.05$) lo que permite asignar la condición de factor asociado a la no adherencia de estas categorías.

Considerando las tendencias descritas por **Idindili B, y Col.** en Tanzania en el 2014 quienes precisaron factores relacionados con la no adherencia del TARGA en infección por VIH, en un diseño retrospectivo en 79 casos y 237 controles, observando como factores asociados el menor grado de instrucción (OR 3.3, IC 95% 1.3-8.5) y la falta de acceso a servicios sanitarios (OR 2.0, IC 95% 1.2-3.8) (34). En este caso el contexto

poblacional del estudio de referencia difiere considerablemente del nuestro, ya que considera un tamaño muestral superior. Pero se reconoce finalmente la influencia del grado de instrucción respecto a la capacidad de adherencia del paciente; esto se sustenta en que a menor grado de instrucción menor es la capacidad del individuo de poder proyectar los beneficios a mediano y largo plazo del tratamiento antirretroviral, por lo cual es necesario el grado de capacidad de abstracción que suele estar limitado en este grupo de individuos con escaso grado de instrucción.

Si tomamos el estudio de la *conducta homosexual* como factor de no adherencia del TARGA, podemos observar que el odds ratio para esta variable fue 2.1; valor que tiene impacto en el análisis estadístico, con el cual es posible extrapolar esta tendencia muestral a toda la población; al corresponderle significancia estadística ($p < 0.05$) reconociendo a esta variable como factor asociado para la no adherencia al TARGA.

Los hallazgos encontrados por **Alvis O. y Col.** en Perú en el 2011 determinaron factores asociados a la no adherencia del TARGA en adultos con VIH/SIDA en un diseño transversal; con un cuestionario estructurado, en 465 personas; encontrando que los factores asociados a la no adherencia fueron: ser homosexual/bisexual (OR: 3,85, IC95% 1,98 a 7,51) y tener mayor tiempo en tratamiento (OR 1,04, IC95% 1,02 a 1,07) (35). En este caso el estudio se desenvuelve en una realidad poblacional idéntica a la nuestra, pero no se considera el grado de instrucción como factor asociado de estudio, si bien utiliza un tamaño muestral más numeroso y considera un diseño transversal; coincide con la significancia de tener conducta homosexual y su influencia respecto al grado de adherencia al TARGA.

Finalmente al analizar el factor *procedencia*, la presente investigación muestra que ser de procedencia rural, nos da un odds ratio de 5.44; valor que tiene impacto en el análisis estadístico, con el cual es posible extrapolar esta tendencia muestral a toda la población al corresponderle significancia estadística ($p < 0.05$) reconociendo a esta variable como factor asociado para la no adherencia al TARGA.

Estos resultados son equivalente a lo observado por **Idindili B. y Col.** en Tanzania, en el 2014 quienes reconocen como factores de riesgo asociados; a la falta de acceso a los servicios sanitarios (OR 2.0, IC 95% 1.2-3.8) (34); en este caso puede considerarse a esta asociación como equivalente al de la presente investigación, puesto que una de las características que se emplea para definir la procedencia rural es el acceso a los servicios básicos; siendo uno de ellos los servicios sanitarios.

V. CONCLUSIONES

En la presente investigación se ha demostrado:

1. El tener menor edad es factor asociado a la no adherencia del TARGA en adultos con Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.
2. El mayor tiempo de enfermedad es factor asociado a la no adherencia del TARGA en adultos con Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.
3. El grado de instrucción analfabeta y primaria son factores asociados a la no adherencia del TARGA en adultos con Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.
- 4.- El tener conducta homosexual es factor asociado a la no adherencia al TARGA en adultos con Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.
5. Ser de procedencia rural es factor asociado a la no adherencia del TARGA en adultos con Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

VI. RECOMENDACIONES

- 1.** La asociación entre las variables de estudio deberían ser tomadas en cuenta como base para predecir el riesgo de la no adherencia al TARGA de manera precoz en este grupo específico de pacientes.
- 2.** Dada la importancia de precisar las asociaciones definidas en la presente investigación; se recomienda la realización de estudios multicéntricos con mayor muestra poblacional y prospectivos con la finalidad de obtener una mayor validez interna en su determinación y conocer el comportamiento de la tendencia del riesgo expresado por estas variables en el tiempo con mayor precisión.
- 3.** Tomando en cuenta que todos los factores son características no modificables; es conveniente emprender la búsqueda de otras características relacionadas con la no adherencia, sobre las cuáles sí sea posible realizar intervención; además de reforzar las estrategias educativas sobre los beneficios del TARGA.
- 4.** Fortalecer el trabajo multisectorial entre el MINSA, EsSalud, Ministerio de Educación, Municipalidad de Trujillo, Universidades privadas y nacional, ya que son los jóvenes quienes más se exponen a comportamientos de riesgo, para que tomen decisiones informadas, reforzar su autoestima, proyecto de vida y autocuidado.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.-Manual de Procedimientos estandarizados para la vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA. México. Septiembre 2012
- 2.-Kripalani S, Yao X, Haynes RB. Interventions to enhance medication adherence in chronic medical conditions: a systematic review. Arch Intern Med. 2011; 26;167(6):540-50.
- 3.- Organización Mundial de la Salud: VIH/SIDA. Nota descriptiva N°360. Noviembre 2015. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/es/> . Consultado el 05 de Enero del 2016
- 4.-Pradier C1, Bentz L, Spire B, Tourette- Turgis C, Morin M, Souville M, et al. Efficacy of an educational and counseling intervention on adherence to highly active antiretroviral therapy: French prospective controlled study. HIV Clin Trials. 2011;4(2):121-31.
- 5.- ONUSIDA. Hoja Informativa 2015. Estadísticas Globales. Disponible en: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20150901_FactSheet_2015_es.pdf
- 6.-Langebeek N, Sprenger HG, Gisolf EH, Reiss P, Sprangers MAG, Legrand JC et al. A simplified combination antiretroviral therapy regimen enhances adherence, treatment satisfaction and quality of life: results of a randomized clinical trial. HIV Med. 2014; 15: 286- 90.
- 7.-Ibarra O. Preferencias y satisfacción de los pacientes con el tratamiento antirretroviral. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2011; 4: 38- 42.
8. Ministerio de Salud del Perú. Boletín Epidemiológico (Lima). Volumen 24 – Semana Epidemiológico N°48. Disponible en: <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2015/20.pdf> . Consultado el día 05 de Enero del 2016
- 9.- Reda A. and Sibhatu Biadgilign. Determinants of Adherence to Antiretroviral Therapy among HIV – Infected Patients in Africa. Disponible en: <http://www.hindawi.com/journals/art/2012/574656/> . Consultado el día 05 de Enero del 2016
- 10.-Gellaitry G, Cooper V, Davis C, Fisher M, Date HL, Horne R. Patients' perception of information about HAART: impact on treatment decisions. AIDS Care. 2011;17(3):367-76.
11. Ministerio de Salud. Norma técnica de salud de atención integral del adulto con infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) .NST N°097 – MINSA/DGSP- V.02
- 12.-Auyeung V, Patel G, McRobbie D, Weinman J, Davies G. Information about medicines to cardiac in-patients: patient satisfaction alongside the role perceptions and practices of doctors, nurses and pharmacists. Patient Educ Couns. 2011 ;83(3):360-6.

- 13.-Mahler C, Jank S, Hermann K, Horne R, Ludt S, Haefeli W, et al. Psychometric Properties of a German Version of the “Satisfaction with Information about Medicines Scale” (SIMS-D). *Value Health*. 2011;12(8):1176-9.
- 14.-Gayet C. Mortalidad por VIH/SIDA en México. Un aporte demográfico. *Papeles de Población*. 2012; 20 (79): 9-38.
- 15.-Sánchez M, Ortega L, Pérez M. Factores predictores de no adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2012; 20(10):491-7.
- 16.-.-Arrondo V, Sainz S, Esteban A. Factores relacionados con la adherencia en pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana. *Elsevier España* 2011; 33(1):4-11.
- 17.-.-Morales G, Aragón M. Factores Asociados Con La No Adherencia A La Terapia Antirretroviral En Personas Con Síndrome De Inmunodeficiencia Adquirida. *REV MED HONDUR* 2011; 77(2): 57-98.
- 18.- Chumbimune L, Díaz C. Factores asociados a la no adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en adultos infectados con el VIH-sida. *An Fac med*. 2011; 70(4):266-72.
- 19.-Knobel H, Escobar I, Polo R, Ortega L. Recommendations from GESIDA/SEFH/PNS to improve adherence to antiviral treatment 2011; 23(4):221-31.
- 20.-Johnson M, Charlebois E, Morin S, Catz S, Goldstein R, Remien R et al. Perceived adverse effects of antiretroviral therapy. *J Pain Symptom Manage*. 2011; 29(2):193-205.
- 21.-Ibarra O, Martínez MJ, Illaro A, Lertxundi U, Iglesias A, Santos A. Simplificación con lamivudina, zidovudina y abacavir; repercusión sobre la adherencia, resultados clínicos e impacto económico. *Farm Hosp*. 2012, 28, sup.1:27-33.
- 22.-Ojikutu B. Zheng H. Walensky R. Lu Z. Losina E. Giddy J. Freedberg K. Predictors of mortality in patients initiating antiretroviral therapy in Durban, South Africa. 2012; 98(3): 8-204.
- 23.-Shin S, Muñoz M, Sanchez E, et al. Psychological Impact of Poverty on Antirretroviral no-adherence among HIV and HIV-TB Coinfected patients en Lima-Perú. *Journal of International Association of Phisicians in AIDS care*. April 2011;7(2):74-81.
- 24.-Sánchez E. Immune reconstitution syndrome in patients infected with HIV/AIDS on HAART. *Revista de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Ricardo Palma*. 2013; 2 (1): 43 – 47.
- 25.-Mofenson L, Brady M, Danner S, Dominguez L, Hazra R, Handelsman E, et al. Guidelines for the Prevention and Treatment of Opportunistic Infections among HIV-exposed and HIV-infected children: recommendations from CDC, the National Institutes of Health, the HIV Medicine Association of the Infectious Diseases Society of America, the

Pediatric Infectious Diseases Society, and the American Academy of Pediatrics. *MMWR Recomm Rep* 2011; 58(RR-11):1-166.

26.-Severe P, Juste M, Ambroise A, Eliacin L, Marchand C, et al. Early versus standard antiretroviral therapy for HIV-infected adults in Haiti. *N Engl J Med*. 2011;363: 257–265.

27.-Antonelli L, Mahnke Y, Hodge J, Porter B, Barber D. Elevated frequencies of highly activated CD4+ T cells in HIV+ patients developing immune reconstitution inflammatory syndrome. *Blood*. 2011; 116(19): 3818–27.

28.-Malcolm S, Rosen R, Stone V. An examination of HIV/AIDS patients who have excellent adherence to HAART. *AIDS Care*. 2011; 15(2):251-61.

29.-Mannheimer S, Matts J, Telzak E, Chesney M, Child C, Wu A, Friedland G; Terry Bein Community Quality of life in HIV-infected individuals receiving antiretroviral therapy is related to adherence. *AIDS Care*. 2011; 17(1):10-22.

30.-Hernández M. Hacia una actualización del cuestionario SMAQ. *Cartas científicas /Enferm. Infecc. Microbiol. Clin*. 2011; 28(6):392–399.

31.-Sánchez V, Ortega L, Pérez M. Factores predictores de no adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2011;20(10):491-7

32.- Hernández – Gómez A., Rodríguez-Ríos T., Duran- Badillo T., et al. Adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH/SIDA. *Rev. Enfer Inst Mex Seguro Soc* 2013; 21 (2): 85-90

33.- Ventura J, Conde M. Morillo R. Adherencia, satisfacción y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes infectados por el VIH con tratamiento antirretroviral. *Farm Hosp*. 2014; 38(4):291-299.

34.-Idindili B, Jullu B, Mugusi F. A case-control study of factors associated with non-adherent to antiretroviral therapy among HIV infected people in Pwani Region, eastern Tanzania. *Tanzania Journal of Health Research* 2014; 5 (2):2-7.

35.-Alvis O, De Coll L, Chumbimune L. Factors associated with non-adherence to highly active antiretroviral treatment in HIV/AIDS patients. *An Fac med*. 2011;70(4):266-72.

36.-Tejada R, et al. Factores asociados a la no adherencia a TARGA durante la gestación, periparto y postparto en mujeres VIH positivas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, Lima-Perú. *Rev. Per. Epidemiol*. 2011; 15 (1): 3-8.

37.- Pacífico J., Gutiérrez C., Información sobre la medicación y adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en pacientes con VIH/SIDA de un hospital de Lima, Peru. *Rev. Peru Med Exp. Salud Pública* vol.32 n°1 Lima Jan. /Mar. 2015

38.-Informe sobre Desarrollo Humano 2015. Trabajo al servicio del desarrollo humano. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Disponible en:

http://hdr.undp.org/sites/default/files/2015_human_development_report_overview_-_es.pdf

39.-Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Adoptada por la 18 Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio de 1964 y enmendada por la 29 Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, octubre de 1975, la 35 Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, octubre de 1983 y la 41 Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, septiembre de 2011.

40.-Ley general de salud. N° 26842. Concordancias : D.S.N° 007-98-SA. Perú:20 de julio de 2011.

VIII. ANEXOS

ANEXO N° 01

Factores asociados a la no adherencia del tratamiento antirretroviral de gran actividad en adultos con Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida Hospital Víctor Lazarte Echegaray.

PROTOCOLO DE RECOLECCION DE DATOS

Fecha..... N°.....

I. DATOS GENERALES:

1.1. Número de historia clínica: _____

II: VARIABLE DEPENDIENTE:

Adherencia: Si () No ()

III.-VARIABLE INDEPENDIENTE:

Edad: _____

Tiempo de enfermedad: _____

Grado de instrucción: Analfabeto () Primaria ()
Secundaria () Superior ()

Conducta homosexual: Si () No ()

Urbano () Rural ()

ANEXO N° 02
TEST DE MORISKY GREEN

Preguntas	SI	NO
1. ¿Se olvida alguna vez de tomar el medicamento?		
2. ¿Toma la medicación a la hora indicada?		
3. Cuando se encuentra bien ¿deja alguna vez de tomar la medicación?		
4. Si alguna vez se siente mal ¿deja de tomar la medicación?		

Adherente:	SI	NO
Resultado		

- Se considera No Adherente; al contestar negativamente la 2da pregunta y afirmativamente las otras 3.
- Adherente: Debe contestar afirmativamente a la 2da pregunta y negativamente a las otras 3.