



Universidad Nacional
Federico Villarreal

Vicerrectorado de
INVESTIGACION

ESCUELA UNIVERSITARIA DE POSGRADO

**“FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS AL FRACASO EN LA
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN PACIENTES
CON VIH-SIDA HOGAR SAN CAMILO 2017”.**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE
DOCTOR EN SALUD PÚBLICA**

AUTOR:

CLAROS MANOTUPA JOSÉ LUIS

ASESOR:

DR. ALVITES MORALES, JUAN DANIEL

JURADO:

DR. LOZANO ZANELLY GLENN ALBERTO

DR. GUARDIA SALAS JESÚS GUILLERMO

DRA. CRUZ GONZALES GLORIA ESPERANZA

LIMA- PERÚ

2020

DEDICATORIA

A mi Esposa e hijos por todo su apoyo
incondicional para poder lograr este trabajo.

AGRADECIMIENTO

Al Hogar San Camilo, Institución que me dio la oportunidad de poder lograr mis metas propuestas, a todo el personal que trabaja en la institución de manera incondicional para mejorar la calidad de vida de todos nuestros pacientes que tanto los necesitan.

INDICE

RESUMEN	i
ABSTRACT	ii
I. Introducción	1
1.1 Planteamiento del Problema	3
1.2 Descripción del Problema	4
1.3 Formulación del Problema	5
1.3.1 Problema General	5
1.3.2 Problema Especifico	5
1.4 Antecedentes	6
1.4.1 Antecedentes Internacionales	6
1.4.2 Antecedentes Nacionales	10
1.5 Justificación de la Investigación	12
1.6 Limitaciones de la Investigacion	12
1.7 Objetivos	13
1.7.1 Objetivo General	13
1.7.2 Objetivo Especifico	13
1.8 Hipótesis	13
II. Marco Teórico	15
2.1 Marco Conceptual	15

III. Método	20
3.1 Tipo de Investigacion	20
3.2 Población y Muestra	20
3.3 Operacionalizacion de Variables	22
3.4 Instrumentos	25
3.5 Procedimientos	25
3.6 Análisis de datos	25
IV. Resultados	26
V. Discusión de Resultados	35
VI. Conclusiones	39
VII. Recomendaciones	41
VIII. Referencias	42
IX. Anexos	45
➤ Hoja de Consentimiento Informado para el inicio del Tratamiento Antirretroviral en el Adulto con VIH. Anexo 11.	45
➤ Hoja de Evaluación Clínica para el ingreso al tratamiento anti retro Viral a personas con VIH. Anexo 2.	46
➤ Ficha de Reporte de Reacciones Adversas a Medicamentos Antirretroviral e instructivo. Anexo 4.	47
➤ Ficha de Estudio Social. Anexo 10.	48

1. RESUMEN

Antecedentes:

La Terapia Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA), reduce mortalidad, hospitalizaciones, el uso de servicios de salud y mejora la calidad de vida.

El Objetivo General fue determinar cuáles fueron los factores relacionados a la falla en la adherencia a la TARGA en pacientes con VIH/SIDA, atendidos en el Hogar San Camilo, de enero a diciembre del 2017. así mismo se determinó la frecuencia de falla al TARGA y los efectos adversos tempranos y tardíos. Tipo y diseño: estudio retrospectivo de corte transversal en un periodo de 1 año (enero a diciembre del 2017). La población estuvo conformada por 463 pacientes, de los cuales 43 ingresaron al estudio, se tuvo una frecuencia de 9.28% de fracaso al TARGA, la edad (18 a 30 años) P (0.087) representa mayor factor de riesgo al fracaso al TARGA. Cuando correlacionamos sexo con edad, el paciente masculino (18 a 30 años) es el más significativo P (0.03). El grupo con secundaria incompleta P (0.055) es significativo al fracaso. El tiempo de TARGA en menores de un año P (0.0001) y 2 años P (0.098) representan mayor factor de riesgo de fracaso al TARGA. Efectos adversos tempranos rash dérmico 5 (12%) y anemia 4(9%), y tardíos dislipidemias 7 (16%) y lipodistrofia 4 (8%). Conclusiones: Los varones (18 a 30 años), son menos adherentes. El tiempo de TARGA menor de un año y de 2 años son los que presentan factor de riesgo de fracaso.

Palabras Claves: Adherencia, VIH-SIDA, TARGA

1. ABSTRACT

Background:

High Activity Antiretroviral Therapy (HAART), reduces mortality, hospitalizations, the use of health services and improves the quality of life.

The General Objective was to determine what were the factors related to the failure to adhere to HAART in patients with HIV / AIDS, treated at Hogar San Camilo, from January to December 2017. Likewise, the frequency of failure to HAART was determined. and early and late adverse effects. Type and design: retrospective cross-sectional study over a period of 1 year (January to December 2017). The population consisted of 463 patients, of which 43 entered the study, there was a frequency of 9.28% failure to HAART, age (18 to 30 years) P (0.087) represents a greater risk factor to failure to HAART. When we correlate sex with age, the male patient (18 to 30 years) is the most significant P (0.03). The group with incomplete secondary P (0.055) is significant to failure. HAART time in children under one-year P (0.0001) and 2 years P (0.098) represent a greater risk factor for HAART failure. Early adverse effects dermal rash 5 (12%) and anemia 4 (9%), and late dyslipidemias 7 (16%) and lipodystrophy 4 (8%)
Conclusions: Males (18 to 30 years) are less adherent. HAART time of less than one year and 2 years are those that present a risk factor for failure.

Keywords: Adherence, HIV-AIDS, HAAR

I. INTRODUCCION

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida Humana (SIDA) es la principal pandemia de carácter transmisible que ha afectado a la humanidad desde mediados del siglo XX.

Además, en muchos lugares, VIH, es ya la primera causa de muerte entre la población joven (15 a 49 años).

El virus de la inmunodeficiencia humana (**VIH**) es un lentivirus de la familia Retroviridae, causante del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (**SIDA**).

Su característica principal está dada en un periodo de incubación prolongado periodo en el cual la infección puede no ser detectada, que desemboca en enfermedad después de varios años.

Existen dos tipos del VIH, el VIH-1 y VIH-2. El primero de ellos corresponde al virus descubierto originalmente, es más virulento e infeccioso que el VIH-2 y así mismo es el causante de la mayoría de infecciones por VIH en el mundo.

El VIH puede transmitirse por las relaciones sexuales vaginales, anales u orales con una persona infectada (acto sexual sin protección); a través de la sangre y los hemoderivados quienes reciben transfusiones de sangre o derivados igualmente contaminados y en usuarios de drogas endovenosas que comparten agujas y jeringas contaminadas; existe un riesgo laboral pequeño entre los profesionales sanitarios, el personal de laboratorio y posiblemente otras personas que manipulan muestras sanguíneas o fluidos de personas con VIH, estudios realizados indican que el riesgo de transmisión después de una punción cutánea con una aguja o un instrumento cortante contaminados con la sangre de una persona con VIH es de

aproximadamente 0.3%. Asimismo, puede transmitirse de la madre al hijo durante el embarazo, el parto y la lactancia lo cual se conoce como transmisión vertical.

El efecto patológico del VIH es la degradación continua del sistema inmune humano, principalmente a través de una reducción de las células CD4. El cuerpo humano se vuelve susceptible a patógenos que normalmente, no causan enfermedad, también llamados patógenos oportunistas. Esta transición se produce cuando las células CD4 caen por debajo de 200 células/ml o a menos del 14% de los linfocitos totales.

El impacto de estas infecciones puede reducirse significativamente mediante el uso del tratamiento antirretroviral de gran actividad (**TARGA**) y de agentes de quimioprofilaxis.

El objetivo de la TARGA es lograr niveles indetectables de carga viral y esto se logra en aproximadamente 80% de los infectados con VIH/SIDA sin exposición previa a anti-retrovirales.

Aquellos que no alcanzan este objetivo tienen riesgo de desarrollar resistencia a anti-retrovirales, lo cual conlleva a falla virológica y aparición de enfermedades oportunistas.

La adherencia al TARGA es variable en la población, factores como ubicación de la vivienda, condición socioeconómica, horarios de trabajo o uso de drogas, entre otros factores, pueden condicionar a que el paciente abandone el tratamiento o lo interrumpa para luego retomarlo.

Dicha situación constituye un serio problema, pues el aumento de la carga viral y la disminución del nivel de linfocitos CD4 se asocia directamente con la aparición de infecciones oportunistas, resistencia al tratamiento y muerte de los pacientes.

En el Perú, según estadísticas del MINSA hasta octubre del 2017 hay 109263 personas con infección por el VIH y 40551 casos de SIDA, de los cuales 19028 casos de SIDA han sido reportados en la última etapa de la enfermedad. (Boletín Epidemiológico MINSA 2017).

Así, debido al problema sanitario y el económico, la falta de adherencia a los antirretrovirales es considerado un problema de salud pública, ya que impide conseguir con los recursos disponibles para el tratamiento de la infección del VIH la efectividad clínica deseada.

1.1 Planteamiento del Problema

La introducción de la TARGA, capaz de alcanzar supresión máxima de la replicación viral, logra 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.

La adherencia al tratamiento es difícil en todas las enfermedades crónicas pero este problema es especialmente trascendente en la infección por el VIH.

Diversos estudios, algunos de ellos realizados en nuestro medio, recogen alarmantes tasas bajas de adherencia al TARGA (Andrade 2008).

Existe bastante desconocimiento sobre las motivaciones de la falta de adherencia. Según refieren los pacientes, se debe principalmente a circunstancias cotidianas, como el simple olvido de tomar el tratamiento, estar fuera de casa o estar ocupado en otra cosa. No obstante, pueden existir otras muchas causas.

1.2 Descripción del Problema

La Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) tiene como consecuencia una elevada morbilidad y mortalidad, además del deterioro de la economía tanto familiar como de los servicios de salud.

La utilización extendida de la Terapia Antirretroviral de Gran Actividad (**TARGA**) ha llevado recientemente a una marcada reducción sostenida en la morbilidad y mortalidad, alterando la respuesta virológica e inmunológica, transformando a esta enfermedad **VIH-SIDA** en una condición crónica.

La introducción de la TARGA, capaz de alcanzar supresión máxima de la replicación viral, logra 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.

La eficacia de la TARGA se halla limitada por dos circunstancias interrelacionadas entre sí; la resistencia del VIH y la falta de adherencia al tratamiento

La adherencia al tratamiento constituye un elemento decisivo en la obtención del éxito en la terapia antirretroviral.

A nivel global Esta afirmación demostrada por Paterson en el año 2000 y, posteriormente, por otros autores confirma la importancia de valorar la adherencia en el proceso de atención a los pacientes infectados por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH).

A nivel local diversos estudios realizados en nuestro medio, recogen alarmantes tasas bajas de adherencia al TARGA (Andrade 2008).

Cuando los niveles de adherencia son bajos incrementa el riesgo de fallo terapéutico, la progresión de la enfermedad, la probabilidad de aparición de cepas de virus resistentes y la mala utilización de los recursos públicos destinados a la salud.

1.3 Formulación del Problema

La adherencia al tratamiento es difícil en todas las enfermedades crónicas pero este problema es especialmente trascendente en la infección por el VIH.

- 1.3.1 El problema general es que existe bastante desconocimiento sobre las motivaciones de la falta de adherencia. Según refieren los pacientes, se debe principalmente a circunstancias cotidianas, como el simple olvido de tomar el tratamiento, estar fuera de casa o estar ocupado en otra cosa. No obstante, pueden existir otras muchas causas, que dichos factores contribuyen a la falla en la adherencia y favorecen el fracaso al tratamiento

- 1.3.2 Los problemas específicos para muchos pacientes, es la peculiar característica del TARGA que suponen una barrera para la adherencia: se trata de combinaciones de al menos tres fármacos que deben tomarse en varias dosis de bastantes pastillas cada día, en ocasiones deben ingerirse con el estómago vacío, otras veces con determinadas comidas, el cual incrementa la frecuencia de fallas a la adherencia al TARGA.

Los efectos secundarios, como náuseas, insomnio, lipodistrofia y otros, son frecuentes y dificultan también la adherencia, (Bechara2008).

Además, para muchos pacientes, el hecho de tener que tomar los medicamentos significa un constante y desagradable recordatorio de su enfermedad. (Honiden 2006).

1.4 Antecedentes

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), desde el inicio de su descripción a principios de los años ochenta, ha incrementado significativamente su incidencia y prevalencia en el ámbito mundial, es una pandemia; un problema de salud pública mundial.

El Virus de Inmunodeficiencia Humana y su enfermedad asociada sida (VIH/sida) han causado gran impacto en la sociedad, debido a sus repercusiones en la salud individual y colectiva manifestándose como un problema de salud mundial de una magnitud sin precedentes.

1.4.1 Antecedentes Internacionales.

A finales de 2012, alrededor de 34 millones de personas vivían con el VIH en el mundo y se estima que el 0,8% de los adultos de edades comprendidas entre los 15 y los 49 años son seropositivos, dato que varía considerablemente entre países y regiones (Balcindes 2018).

El objetivo de la TARGA es lograr niveles indetectables de carga viral y esto se logra en aproximadamente 80% de los infectados con VIH/SIDA sin exposición previa a anti-retrovirales.

Aquellos que no alcanzan este objetivo tienen riesgo de desarrollar resistencia a anti-retrovirales, lo cual conlleva a falla virológica y aparición de enfermedades oportunistas.

Más de 40,000 casos de VIH/SIDA son diagnosticados en Estados Unidos cada año, así en el año 2014 en los EEUU, se diagnosticaron aproximadamente 1206,391 casos de SIDA de los cuales 142 ,000 casos de SIDA son en mayores de 50 años, datos reportados por el Centro de Control y Prevención de Enfermedades en Atlanta.

La falta de adherencia al TARGA disminuye la presión contra el virus y favorece claramente el desarrollo de resistencias y la progresión de la infección. (Paterson 2000).

Muchos recursos se destinan a su investigación, y los grandes avances en los conocimientos sobre el tema han sido plasmados tanto en literatura médica como no médica. La prevención es la medida más útil frente al VIH, pero es en el campo del tratamiento farmacológico donde más avances se han realizado.

La adherencia al tratamiento constituye un elemento decisivo en la obtención del éxito en la terapia antirretroviral.

Esta afirmación demostrada por (Paterson 2000) y, posteriormente, por otros autores confirma la importancia de valorar la adherencia en el proceso de atención a los pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) (Knobel H 2005).

(Poorolajal, 2016) menciona que desde la instauración del tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) como terapia de elección en la infección por VIH, se ha producido una mejora significativa en la calidad y esperanza de vida de los individuos afectados

Los beneficios de dicha pauta, no obstante, están íntimamente ligados al estricto cumplimiento terapéutico, habiéndose postulado la falta de adherencia al mismo como la primera causa de fracaso del tratamiento a corto plazo (Braithwaite 2010), además de favorecer el desarrollo de cepas víricas resistentes.

(Pacífico J ,2015), menciona que en diversos estudios han demostrado que adherencias superiores al 95% logran suprimir adecuadamente la carga viral; así también, se ha comprobado que se obtienen cargas virales indetectables en el 81% de los pacientes cuya adherencia se encuentra por encima del 90%; que la falla

viroológica se presenta en 61% en los pacientes cuya adherencia es del 80-94% y que la falla virológica se incrementa a 80% para adherencias menores de 80%.

Cuando los niveles de adherencia son bajos incrementa el riesgo de fallo terapéutico, la progresión de la enfermedad, la probabilidad de aparición de cepas de virus resistentes y la mala utilización de los recursos públicos destinados a la salud.

Todo ello hace que con la terapia antirretroviral se exija un cumplimiento casi perfecto. Por otro lado, hay que tener en cuenta que, en nuestro país, los medicamentos antirretrovirales se proporcionan gratuitamente a través del Programa TARGA (**Terapia Antirretroviral de Gran Actividad**); así también como ejemplo en España en las farmacias hospitalarias los tratamientos tienen un costo anual por paciente entre 9.500 y 10.000 €), que son asumidos por el estado, (Knobel,2005).

Muchas organizaciones e instituciones, conscientes de esta situación, han abordado el problema dictando a los equipos de salud una serie de consejos y recomendaciones con el objetivo de reducir las consecuencias de la falta de adherencia (Knobel 2000).

El término adherencia no es nuevo ni exclusivo del tratamiento antirretroviral. En 1967 aparecieron los primeros artículos científicos que hablaban sobre el cumplimiento de los pacientes hipertensos con la medicación antihipertensiva y, progresivamente, los estudios se fueron extendiendo a otro tipo de patologías.

Según los resultados de estos estudios, la falta de adherencia es un problema presente en la mayoría de enfermedades de carácter crónico; sin embargo, la diferencia fundamental con la infección por el VIH es el elevado grado de exigencia en el nivel de cumplimiento para que el tratamiento sea efectivo.

Otro dato a destacar es el cambio que se produce en la terminología. A mediados de los noventa se pasa del término cumplimiento al de adherencia, considerando este último mucho más respetuoso hacia el paciente que el anterior, que era más fiscalizador.

El éxito del tratamiento depende de la adherencia, proceso dinámico y complejo que se puede aproximar al de “apego” (Knobel 2004).

La aparición de la infección por VIH hace que el término adherencia adquiera relevancia en el entorno sanitario y en el seguimiento de los pacientes, ya que la relación existente entre adherencia y respuesta virológica es determinante en la evolución de la enfermedad.

En los últimos 10 años se han publicado trabajos relacionados con el cumplimiento y/o la adherencia en pacientes infectados por el VIH, hecho impensable en otras situaciones de tratamiento y/o patologías.

La adherencia al tratamiento no es más que una actitud, una posición del paciente hacia la libertad de tomar o no la medicación prescrita.

Para poder modificar esta actitud es necesario conocer los factores que la desencadenan y que influyen en la decisión del paciente.

Desde la aparición de las primeras publicaciones relacionadas con este tema varios autores han intentado establecer las causas o factores que provocan una adherencia su óptima al tratamiento.

En este sentido, en uno del primer estudio publicado en 1976 por Sackett, refería más de 200 factores que podían influir en la actitud del paciente frente al tratamiento.

Los factores que han demostrado estar relacionados con la adherencia de una forma más relevante son los propios del individuo y, concretamente, los de carácter emocional.

1.4.2 Antecedentes Nacionales

Según estadísticas del MINSA hasta octubre del 2017 hay 109263 personas con infección por el VIH y 40551 casos de SIDA, de los cuales 19028 casos de SIDA han sido reportados en la última etapa de la enfermedad. (Boletín Epidemiológico MINSA 2017).

En el Perú, se evaluó la adherencia de los pacientes con TARGA a los 4 años de entregada la terapia y se encontró menor adherencia y más abandono en Lima, que en provincias (Andrade Forero 2008).

Otro estudio en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, en 962 pacientes con SIDA atendidos entre el 2006- 2010, que recibieron TARGA, evidenció que un 14,55% abandonó el tratamiento luego de un promedio de 7 meses.

En ese trabajo los factores de riesgo más relevantes para el abandono de la terapia fueron: edad menor de 35 años, sexo femenino, bajo peso y un recuento de linfocitos CD4 superior a 350 células/ ml (Mejía, 2013).

Los problemas de orden psicológico como la depresión, la ansiedad y la adicción activa a drogas dificultan enormemente la obtención de una buena adherencia (Gordillo,2000).

Diversos estudios han detectado una fuerte correlación entre la depresión y la falta de adherencia, mientras que la influencia de otras enfermedades psíquicas es más dudosa (Gordillo, 2009)

Dada la elevada prevalencia de estas enfermedades en los pacientes con infección por VIH debe considerarse la intervención psicológica y psiquiátrica como parte importante de la asistencia habitual.

En cuanto a los factores sociodemográficos y psicosociales se ha descrito que aquellos pacientes con un bajo nivel de apoyo social, con bajo nivel de estudios y de ingresos refieren una inadecuada adherencia a los fármacos antirretrovirales, no se conoce un estudio en nuestro país que analice estos factores.

La influencia de los factores sociodemográficos es más incierta, y muchas veces los distintos estudios han encontrado resultados dispares. En general parece ser que los varones y los más jóvenes tienden a ser menos adherentes que las mujeres y las personas de más edad.

En el Perú el tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA), se viene brindando gratuitamente por el MINSA a toda persona con VIH/SIDA desde hace aproximadamente 12 años; a pesar que su adherencia no es tan alta, ha contribuido a la disminución de la morbimortalidad de esta enfermedad, convirtiéndola en una enfermedad crónica y tratable (Situación del VIH/SIDA en el Perú; 2017).

El principal objetivo que se pretende con el TARGA es mantener indefinidamente indetectable la carga viral del VIH, lo cual se correlaciona con una recuperación parcial del recuento de linfocitos CD4 y con un buen pronóstico a largo plazo.

La eficacia del TARGA se halla limitada por dos circunstancias interrelacionadas entre sí: las resistencias del VIH y la falta de adherencia al tratamiento.

Con los fármacos existentes en la actualidad la erradicación del VIH no es posible, y con el paso del tiempo el virus desarrolla mutaciones que le confieren resistencia, lo cual comporta el rebrote de la carga viral y la depleción de linfocitos CD4.

1.5 Justificación de la Investigación

Desde la introducción de la terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA), se ha producido una drástica disminución de las enfermedades oportunistas y aumento en la supervivencia de los pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

El no cumplimiento a la TARGA disminuye la presión contra el virus y favorece el desarrollo de resistencias y la progresión de la enfermedad.

Todo ello hace que con la terapia antirretroviral se exija un cumplimiento casi perfecto.

Por otro lado, hay que tener en cuenta que los medicamentos antirretrovirales se proporcionan gratuitamente a través de las farmacias hospitalarias por medio de los programas de salud y tienen un costo anual por paciente entre 9.500 y 90.000 soles

Así, debido al problema sanitario y el económico, la falta de adherencia a los antirretrovirales es considerado un problema de salud pública, ya que impide conseguir con los recursos disponibles para el tratamiento de la infección del VIH la efectividad clínica deseada.

Por tanto, es indispensable mantener una buena adherencia al TARGA prescrito para garantizar la efectividad de los fármacos; de lo contrario, habrá un aumento de ingresos hospitalarios y un fracaso terapéutico, generando resistencia a estos medicamentos.

1.6 Limitaciones de la Investigación

Presentamos limitaciones con el trabajo por la falta de información en los registros de las Historias clínicas, algunas incompletas y desactualizadas.

Existen pocos trabajos nacionales que ayuden a contrastar resultados obtenidos en esta investigación.

El periodo de tiempo en el trabajo de un año, debido a que no puede ser más prolongado ya que aumentaría el número de fracasos al tratamiento y no se lograría de intervenir de manera oportuna la falla a la adherencia al tratamiento.

1.7 Objetivos

1.7.1 Objetivo General.

- Determinar cuáles fueron los factores relacionados a la falla en la adherencia a la Terapia Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA) en pacientes con infección por VIH/SIDA, atendidos en el Hogar San Camilo, de enero a diciembre del 2017.

1.7.2 Objetivos Específicos.

- Determinar la frecuencia de casos en la falla a la adherencia en la Terapia Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA) en pacientes con infección por VIH/SIDA, atendidos en el Hogar San Camilo, de enero a diciembre del 2017.
- Determinar cuáles fueron las reacciones adversas producidas por la Terapia Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA) en pacientes con infección por VIH/SIDA, atendidos en el Hogar San Camilo, de enero a diciembre del 2017

1.8 Hipótesis

Hipótesis General

- **H0:** Los factores demográficos, sociales, económicos, culturales, tiempo de tratamiento TARGA y estadio clínico de enfermedad, no están asociados a la falla en la Adherencia al TARGA, en pacientes con VIH/SIDA en el Hogar San Camilo, de enero a diciembre del 2017.

- **H1:** Los factores demográficos, sociales, económicos, culturales, tiempo de tratamiento TARGA y estadio clínico de enfermedad, si están asociados a la falla en la Adherencia al TARGA, en pacientes con VIH/SIDA en el Hogar San Camilo, de enero a diciembre del 2017.

Hipótesis Específicas

- La edad y el sexo están asociados a la falla en la adherencia al tratamiento TARGA.
- El tiempo de toma de tratamiento están asociados a la falla en la adherencia al TARGA.
- Los efectos adversos tempranos y tardíos están asociados a la falla en la adherencia al TARGA

II. MARCO TEORICO

2.1 Marco Conceptual

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida Humana (SIDA) es la principal pandemia de carácter transmisible que ha afectado a la humanidad desde mediados del siglo XX.

Además, en muchos lugares, VIH, es ya la primera causa de muerte entre la población joven (15 a 49 años).

El virus de la inmunodeficiencia humana (**VIH**) es un lentivirus de la familia Retroviridae, causante del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (**SIDA**).

Su característica principal está dada en un periodo de incubación prolongado periodo en el cual la infección puede no ser detectada, que desemboca en enfermedad después de varios años.

Existen dos tipos del VIH, el VIH-1 y VIH-2. El primero de ellos corresponde al virus descubierto originalmente, es más virulento e infeccioso que el VIH-2 y así mismo es el causante de la mayoría de infecciones por VIH en el mundo.

El VIH puede transmitirse por las relaciones sexuales vaginales, anales u orales con una persona infectada (acto sexual sin protección); a través de la sangre y los hemoderivados quienes reciben transfusiones de sangre o derivados igualmente contaminados y en usuarios de drogas endovenosas que comparten agujas y jeringas contaminadas; existe un riesgo laboral pequeño entre los profesionales sanitarios, el personal de laboratorio y posiblemente otras personas que manipulan muestras sanguíneas o fluidos de personas con VIH, estudios realizados indican que el riesgo de transmisión después de una punción cutánea con una aguja o un instrumento cortante contaminados con la sangre de una persona con VIH es de aproximadamente 0.3%. Asimismo, puede transmitirse de la madre al hijo durante el embarazo, el parto y la lactancia lo cual se conoce como transmisión vertical.

El efecto patológico del VIH es la degradación continua del sistema inmune humano, principalmente a través de una reducción de las células CD4.

El cuerpo humano se vuelve susceptible a patógenos que normalmente, no causan enfermedad, también llamados patógenos oportunistas.

Esta transición se produce cuando las células CD4 caen por debajo de 200 células/ml o a menos del 14% de los linfocitos totales.

El impacto de estas infecciones puede reducirse significativamente mediante el uso del tratamiento antirretroviral de gran actividad (**TARGA**) y de agentes de quimioprofilaxis.

La Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) tiene como consecuencia una elevada morbilidad y mortalidad, además del deterioro de la economía tanto familiar como de los servicios de salud.

Desde que existe el denominado Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA), la incidencia de infecciones oportunistas relacionadas con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) ha disminuido drásticamente y la supervivencia de los pacientes afectados por dicho virus ha mejorado de forma espectacular (Murphy 2001).

La situación de desempleo también se asocia a la falta de adherencia. Sin embargo, el nivel educativo o los ingresos económicos parecen influir menos.

Los adictos a las drogas son claramente menos adherentes que los pacientes con otros factores de riesgo. No obstante, los ex adictos rehabilitados y con situación social estabilizada muestran una adherencia comparable a la de personas que se han contagiado del VIH por otras vías. (Roca 2000), El alcohol también se asocia a la falta de adherencia.

Otros factores, no menos importantes, que afectan negativamente sobre la adherencia los constituyen los asociados al tratamiento la interferencia con los hábitos, horario, vida social, requerimientos alimentarios, la complejidad de las pautas, el excesivo número de unidades, la intolerancia digestiva e indudablemente los efectos adversos son algunos de los factores para que los pacientes dejen de tomar el tratamiento o lo hagan incorrectamente. (Blanch 2002)

En cuanto a la combinación farmacológica, varios estudios han demostrado que la adherencia al tratamiento antirretroviral disminuye cuando aumenta la complejidad del mismo.

Los antirretrovirales son fármacos con un elevado número de reacciones adversas que con frecuencia provocan abandonos o cambios de tratamiento.

La complejidad de los regímenes, la toxicidad y los efectos secundarios del TARV (como la lipodistrofia, que afecta a entre un 20 y un 70% de los pacientes (Bechara2008), son factores con impacto negativo en la calidad de vida de los pacientes que también afectan a la adherencia (Mannheimer 2005).

De este modo, la calidad de vida de los pacientes varía en función de la composición, pauta, y número de comprimidos; interferencia en los hábitos de vida y efectos adversos (Park, 2007).

Los pacientes infectados por VIH se preocupan no solo porque el tratamiento les permita vivir más años sino también por la calidad de vida que llevarán esos años. Así, la valoración de la calidad de vida en estos pacientes se basa en que viven más pero no se sabe si viven mejor, pudiendo aportar información sobre los efectos del tratamiento y la progresión de la enfermedad (Ruiz Pérez 2005).

Los estudios reflejan que los efectos del TARGA en la calidad de vida de los pacientes se producen por otras vías aparte de la mejora del estado inmunológico del paciente o de los cambios clínicos (Liu,2006).

Por otro lado, se ha establecido que las personas con mayor adherencia al TARGA presentan índices de calidad de vida más elevados y viceversa.

Hasta la fecha no se ha encontrado un método fiable y único que permita conocer el grado de adherencia de los pacientes al tratamiento, por ello en todos los

documentos de consenso se recomienda combinar un mínimo de dos métodos para obtener datos de la situación real con la mayor exactitud posible.

En la práctica habitual se consideran tres tipos de pacientes: los que cumplen siempre con el tratamiento, los que abandonan o nunca cumplen correctamente con el tratamiento y, por último, los que cumplen a intervalos cíclicos.

También es conocido que el tiempo es un factor en contra de la adherencia; a medida que transcurre el tiempo aumentan las probabilidades de no cumplir adecuadamente el tratamiento.

Teniendo en cuenta estos datos se deduce que a lo largo del proceso de atención es totalmente necesario incorporar medidas, acciones y/o estrategias que ayuden a los pacientes a continuar tomando adecuadamente el tratamiento antirretroviral y/o a recuperar a los que abandonan el tratamiento (Knobel ,2004).

Los programas de soporte y/o mejora de la adherencia han demostrado ser eficaces si se aplican de forma continuada a lo largo del tiempo.

Así, debido al problema sanitario y el económico, la falta de adherencia a los antirretrovirales es considerado un problema de salud pública, ya que impide conseguir con los recursos disponibles para el tratamiento de la infección del VIH la efectividad clínica deseada.

Por tal motivo, se recomienda continuar estudiando las diversas razones de la no adherencia al TARGA en el Perú para crear una estrategia intervencionista que mejore su aceptación.

III. METODO

3.1 Tipo de Investigacion

Estudio retrospectivo de corte transversal en un periodo de 1 año (desde enero a diciembre del 2017), en pacientes con TARGA en el Hogar San Camilo, en el que se evaluó los factores relacionados el fracaso a la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes con infección VIH-SIDA.

3.2 Población y Muestra

Nuestra población estuvo constituida por todos los pacientes que estaban en tratamiento TARGA y los que iniciaron tratamiento TARGA en el Hogar San Camilo desde enero a diciembre del 2017, fue una muestra por conveniencia en donde la unidad de análisis fue el paciente con VIH SIDA en TARGA.

a) Lugar de estudio.

El Hogar San Camilo, entidad sin fines de lucro, fue fundada el 30 de septiembre de 1995 por los padres Camilo, cuya orden tiene el carisma de la atención los enfermos.

Por esos años no había muchas instituciones que ayudaban a las personas viviendo con VIH-SIDA, y la incidencia de la enfermedad crecía en forma sostenida.

El objetivo del Hogar es acompañar, acoger y atender a la persona, impulsándolo en el camino de la salud donde prime el valor de la vida, para ello trabaja con distintos miembros de las familias, padres, hijos, atendidos por especialistas en el área de la salud, social, emocional y espiritual.

El Hogar San Camilo cuenta con el Programa de VIH/SIDA que está a cargo de un equipo multidisciplinario de especialistas en la atención integral de personas viviendo con VIH_SIDA, donde se atienden personas de diferentes distritos de lima.

Desde octubre del 2004, se inicia el Programa de Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA), programa autorizado por el Ministerio de Salud, y que hasta la actualidad contamos con más de 2300 pacientes en el programa y aproximadamente cerca de 700 pacientes en tratamiento TARGA.

El resultado de 13 años de trabajo ha beneficiado directa e indirectamente a 3 mil y 12 mil personas respectivamente, el 95% con escasos recursos económicos y viven en extrema pobreza.

b) Selección de sujetos de estudio

Criterios de inclusión.

- Pacientes VIH (+) mayores de 18 años de ambos sexos y en TARGA y con indicación de tratamiento TARGA.

- Se incluyeron a todos los pacientes con indicación de tratamiento TARGA que ingresaron durante el periodo, enero a diciembre 2017 en el Hogar San Camilo.
- Que todos tengan recuentos de Linfocitos CD4 y Carga Viral (CV) basal, a los seis meses, al año y dos años de iniciado el TARGA.
- Que todos los pacientes tengan firmado el consentimiento informado.

Criterios de exclusión.

- Que no cumplan con los criterios de inclusión.
- Aquellos los que estén en uso concomitante con otros fármacos como antihistamínicos, tratamiento anti TBC, tratamiento para toxoplasmosis, criptococosis, neumonía PCP, quimioterapia u otros medicamentos que alteren la adherencia la TARGA.
- Aquellos con interrupción al tratamiento TARGA por lo menos 4 semanas.
- Aquellos que presenten efectos adversos al tratamiento TARGA.
- Aquellos que el médico tratante considera desde el inicio que no sea adherente al tratamiento TARGA

Criterio Ético

Todos los pacientes tendrán la Hoja de Evaluación Clínica y Hoja Consentimiento Informado para el inicio del tratamiento antirretroviral en el adulto con VIH, el cual se encuentra contemplada en “La Norma Técnica de salud de Atención Integral del Adulto con Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH). NTS N°097-MINSA/2018/DGIESP-V-03.

3.3 Operacionalización de Variables

Definición de variables

- **VIH/SIDA:** Virus de Inmunodeficiencia Humana / Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.
- **Persona con VIH/SIDA:** persona de ambos sexos con diagnóstico de VIH/SIDA establecido por una prueba de Elisa o WesterBlot.
- **Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA).** - Es la combinación de tres o más medicamentos antirretrovirales que permite la disminución de la carga viral en sangre hasta niveles indetectables, conduciendo a la recuperación de las personas con infección por VIH.
- **ADHERENCIA,** Adherencia al tratamiento. - 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.
- **Abandono al TARGA.** - Es la condición en la que el paciente no concurre a recibir tratamiento por más de 30 días consecutivos o cuando el paciente es transferido a otro establecimiento de salud sin confirmación de recepción
- **Carga viral (CV).** - Recuento del número de copias replicadas del VIH circulando en plasma sanguíneo. Se mide en número de copias por mililitro de plasma (copias/mL).
- **Recuento de linfocitos CD4.**- Medición de linfocitos que tienen el marcador de superficie CD4 presentes en sangre total y que constituye la principal célula blanco del VIH. Se mide por número de células por microlitro (células/ μ L).
- **Reacción adversa a medicamentos (RAM).** - Es cualquier reacción nociva y no intencionada que aparece tras el uso de un medicamento o producto farmacéutico en el ser humano para profilaxis, diagnóstico o tratamiento o para modificar funciones fisiológicas.

Variables.

Variables	Tipo de variables-Indicador	Escala de medición	Valores de medición
V. DEPENDIENTE: FALLA A LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO TARGA			
*Pacientes con falla a la adherencia TARGA	V. Categórica : Dicotómica 2 valores Si/No	Nominal	Nº , % incidencia
V. INDEPENDIENTE: Pacientes con VIH-SIDA en tratamiento TARGA			
Edad (grupos etarios)	V. numérica: Policotómica : 3 valores	Ordinal	Nº , %
Sexo	V. Categórica : Dicotómica 2 valores varón/mujer	Nominal	Nº , %
Ocupación	V. numérica: Policotómica : 3 valores	Nominal	Nº , %
Estado Civil	V. Categórica : Policotómica : 4 valores	Nominal	Nº , %
Grado de Instrucción	V. Categórica : Policotómica : 7 valores	Nominal y ordinal	Nº , %

Estado socioeconómico	V. numérica: Policotómica : 3 valores	De razón/ordinal	Nº , %
Estado Nutricional	V. Categórica: Policotómica 3 valores	Nominal	Nº , %
Peso	V. Categórica: Dicotómica 2 valores	Nominal y ordinal	Nº , %
Talla	V. Categórica: Dicotómica 2 valores	Nominal y ordinal	Nº , %
Estadio Clínico al inicio del TARGA	V. Categórica : Policotómica : 3 valores	Nominal	Nº , %
Esquema de terapia TARGA	V. Categórica: Dicotómica 2 valores	Nominal	Nº , %
Tiempo de tratamiento TARGA	V. numérica: Policotómica : 4 valores	Ordinal	Nº , %
Recuento de CD4 al inicio del TARGA, a los 6 meses , al año y dos años	V. Categórica: Dicotómica 2 valores	Nominal	Nº , %
Recuento de carga al Viral (CV) al inicio de TARGA a los 6 meses , al año y dos años	V. Categórica: Dicotómica 2 valores	Nominal	Nº , %

3.4 Instrumentos

Se utilizó la ficha de Evaluación Clínica para el ingreso al tratamiento TARGA, así como la Hoja de consentimiento Informado, y la ficha de reporte de efectos adversos al TARGA el cual se encuentra contemplada en “La Norma Técnica de salud de Atención Integral del Adulto con Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH). NTS N°097-MINSA/2018/DGIESP-V-03 (2018), el cual fue llenado en el Hogar San Camilo.

La institución cuenta además con un sistema computarizado de registro de datos de todos los pacientes del programa, en este sistema se registran las atenciones de dichos pacientes, la regularidad de tratamiento y evaluación, así como los registros de efectos adversos que se producen. Para este fin los pacientes también tienen una historia médica como la de cualquier paciente que se atiende en un hospital y se guarda en un archivo independiente.

3.5 Procedimientos

Se revisaron los registros médicos de cada paciente en la base de datos computarizada del programa de VIH/SIDA del Hogar San Camilo y en las historias clínicas convencionales de cada paciente. A través de este mecanismo se verificó la regularidad de TARGA, los efectos adversos y características relacionadas a estas.

3.6 Análisis de datos

Se realizó una revisión crítica de los datos obtenidos de las historias clínicas de los pacientes atendidos en el Hogar San Camilo, procediendo a la creación de una base de datos pertinente que permitió el análisis estadístico de los mismos., se usó el paquete estadístico SPSS 15.0. Versión en español.

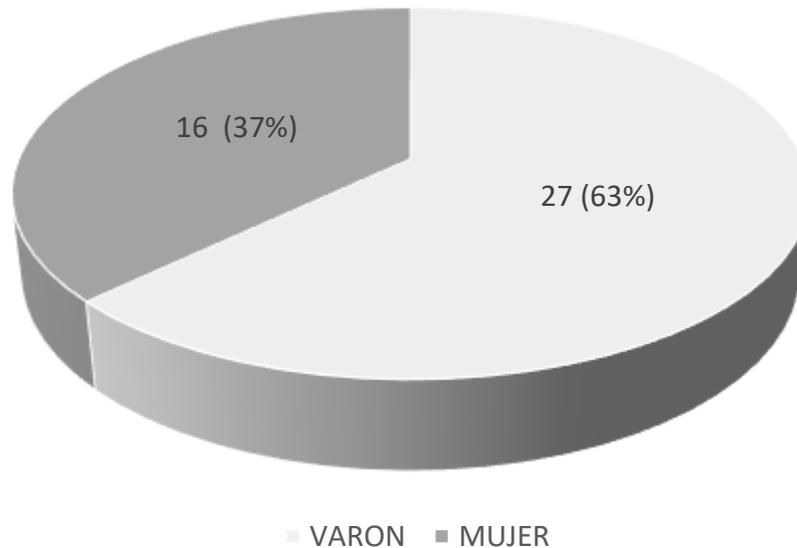
IV. RESULTADOS

El presente estudio durante el periodo de un año incluyó un total de 463 pacientes en tratamiento antirretroviral de gran actividad TARGA, de los cuales 43 pacientes cumplieron con los criterios de inclusión durante este periodo de tiempo, los cuales presentaron una proporción de 9.28% de fracaso al TARGA.

Los pacientes estuvieron representados según sexo en 27 (63%) varones y 16 (37%) mujeres, los cuales se representan en el Grafico 1.

Grafico 1.

Distribución por sexo en los factores de riesgo relacionados al fracaso en la adherencia al tratamiento antirretroviral en los pacientes con VIH-SIDA. Hogar San Camilo 2017.



La media de edad en todos los pacientes fue de 28.6 años (18-76 años), los cuales fueron distribuidos en 5 grupos con rango de 10 años, encontrándose el mayor grupo de pacientes no adherentes al TARGA en los pacientes de 31-40 años 14 (33%) y el grupo de 41-50 años 13 (30%). Tabla 1

Cuando valoramos el grado de instrucción observamos que la mayoría de pacientes presentan secundaria completa e incompleta tanto para el grupo de pacientes adherentes y no adherentes.

Cuando se valora la condición sexual el grupo de pacientes de conducta heterosexual 372 (88%) grupo adherente y 34 (79%) para el grupo no adherente.

Con respecto al estado civil la condición de soltero y conviviente son los más representativos, 205 (48%) para el grupo adherente y 15 (36%) para el grupo no adherente, con respecto al grupo de solteros, 172 (41%) para el grupo adherente y 20 (46%) para el grupo no adherente del grupo de convivientes.

Con respecto a ocupación el grupo de comerciantes 130 (31%) grupo adherente y 12 (28%) para el grupo no adherente, y artesanos 156 (37%) grupo adherentes y 16 (37%) para el grupo no adherente.

El lugar de procedencia el grupo de adherentes proviene de la zona de Lima Este 212 (50%) y Lima Ciudad 111(26%), y el grupo de no adherentes provienen de Lima Este 15(35%) y Lima Norte 15 (35%).

Cuando se valora el nivel socioeconómico la condición no pobre es la que predomina tanto para el grupo adherente 214(51%) como para el no adherente 24(56%) respectivamente.

Cuando valoramos la condición clínica el estadio SIDA es el predominante para ambas condiciones, así como el recuento de CD4 < 200 células.

El tiempo al tratamiento TARGA el grupo de no adherente abandona el tratamiento menos del año 14(32%) y a los tres años 8 (19%). Ver Tabla 1.

Tabla 1.
Características basales en los factores de riesgo relacionados al fracaso en la adherencia al tratamiento antirretroviral en los pacientes con VIH-SIDA. Hogar San Camilo 2017.

VARIABLE	ADHERENTE		NO ADHERENTE	
	N=420	%	N=43	%
SEXO				
MASCULINO	252	60	27	63
FEMENINO	168	40	16	37
EDAD				
18-30 AÑOS	229	54.5	9	21
31-40 AÑOS	96	23	14	33
41-50 AÑOS	42	10	13	30
51-60 AÑOS	37	9	4	9
>60 AÑOS	16	3.5	3	7
GRADO DE INSTRUCCIÓN				
ANALFABETO	3	1.5	2	4
PRIMARIA COMPLETA	42	10	2	4
PRIMARIA INCOMPLETA	21	5	1	2
SECUNDARIA COMPLETA	136	31.5	18	42
SECUNDARIA INCOMPLETA	186	44	17	40
TECNICO COMPLETO	12	3	2	4

TECNICO INCOMPLETO	15	3.5	1	2
SUPERIOR COMPLETO	1	0.5	1	2
SUPERIOR INCOPLETO	4	1	0	0
CONDICION SEXUAL				
HETEROSEXUAL	372	88	34	79
HOMOSEXUAL	36	8.5	5	12
BISEXUAL	12	3.5	4	9
ESTADO CIVIL				
SOLTERO	205	48	15	36
CASADO	19	4.5	3	7
VIUDO	15	3.5	4	9
CONVIVIENTE	172	41	20	46
DIVORCIADO	9	3	1	2
OCUPACION				
EMPLEADO	98	23	5	12
DESEMPLEADO	36	9	10	23
COMERCIANTE	130	31	12	28
ARTESANO	156	37	16	37
LUGAR DE PROCEDENCIA				
LIMA ESTE	212	50	15	35
LIMA SUR	31	7	3	7
LIMA CIUDAD	111	26	6	14
LIMA NORTE	54	12	15	35
OTROS	12	5	4	9
NIVEL SOCIO ECONOMICO				
NO POBRE	214	51	24	56
POBRE	86	20.5	12	28
MUY POBRE	120	28.5	7	16
ESTADIO CLINICO DE ENFERMEDAD				
SIDA	280	66.5	31	72
NO SIDA	140	33.5	12	28
RECUENTO DE CD4				
>200 CEL	164	39	26	60
<200 CEL	256	61	17	40
TIEMPO DE TRATAMIENTO TARGA				
< 1 AÑO	68	16	14	32
1 AÑO	98	23	7	16
2 AÑOS	106	25	6	14
3 AÑOS	90	21	8	19
4 AÑOS	34	8.5	5	12
5 AÑOS	24	6.5	3	7

Cuando se realiza el análisis inferencial de los diferentes factores de riesgo relacionados con el fracaso al TARGA observamos que el sexo masculino es el más relacionado con un valor estadístico significativo P (0.042), con respecto a la edad el grupo de 18 a 30 años P (0.087) y el grupo de mayores de 50 años P (0.09) fueron los más significativos. Cuando analizamos el grado de instrucción secundaria incompleta P (0.055) estadístico significativo y la condición sexual Heterosexual P (0.88) no tiene significancia estadística.

Cuando se analiza la ocupación P (0.097) y el nivel socioeconómico pobre P (0.001), fueron los más significativos, el estadio clínico de la enfermedad No Sida P (0.078) así como el tiempo de tratamiento TARGA menos de un año P (0.0001) y de dos años P (0.078) fueron los más significativos. Ver tabla 2.

Tabla 2.
Factores de riesgo relacionados al fracaso en la adherencia al tratamiento antirretroviral en los pacientes con VIH-SIDA.
Hogar San Camilo 2017.

VARIABLE	N	%	FRACASO ADHERENCIA	P
SEXO				
MASCULINO	27		63	0.042
FEMENINO	16		37	
EDAD				
18-30 AÑOS	9		21	0.087
31-40 AÑOS	14		33	
41-50 AÑOS	13		30	
51-60 AÑOS	4		9	
>60 AÑOS	3		7	
GRADO DE INSTRUCCIÓN				
ANALFABETO	2		4	0.055
PRIMARIA COMPLETA	2		4	
PRIMARIA INCOMPLETA	1		2	
SECUNDARIA COMPLETA	18		42	
SECUNDARIA INCOMPLETA	17		40	

TECNICO COMPLETO	2	4	
TECNICO INCOMPLETO	1	2	
SUPERIOR COMPLETO	1	2	
SUPERIOR INCOMPLETO	0	0	
CONDICION SEXUAL			
HETEROSEXUAL	34	79	0.88
HOMOSEXUAL	5	12	
BISEXUAL	4	9	
ESTADO CIVIL			
SOLTERO	15	36	
CASADO	3	7	
VIUDO	4	9	
CONVIVIENTE	20	46	
DIVORSIADO	1	2	
OCUPACION			
EMPLEADO	5	12	
DESEMPLEADO	10	23	0.097
COMERCIANTE	12	28	
ARTESANO	16	37	
LUGAR DE PROCEDENCIA			
LIMA ESTE	15	35	
LIMA SUR	3	7	
LIMA CIUDAD	6	14	
LIMA NORTE	15	35	
OTROS	4	9	
NIVEL SOCIO ECONOMICO			
NO POBRE	24	56	
POBRE	12	28	0.001
MUY POBRE	7	16	
ESTADIO CLINICO DE ENFERMEDAD			
SIDA	31	72	
NO SIDA	12	28	0.078
RECUESTO DE CD4			
>200 CEL	26	60	
<200 CEL	17	40	
TIEMPO DE TRATAMIENTO TARGA			
< 1 AÑO	14	32	0.0001
1 AÑO	7	16	
2 AÑOS	6	14	0.098
3 AÑOS	8	19	
4 AÑOS	5	12	
5 AÑOS	3	7	

Cuando relacionamos el fracaso a la adherencia TARGA con la edad y sexo, se observa que el sexo masculino en el grupo de 18 a 30 años P (0.03), tiene mayor significancia estadística con respecto a los otros grupos etarios y sexo.

Ver tabla N°3.

Tabla N° 3.

Fracaso en la adherencia al tratamiento antirretroviral en los pacientes con VIH-SIDA, relacionados con la edad y sexo. Hogar San Camilo 2017.

	SEXO / EDAD					
	MASCULINO			FEMENINO		
	N		P	N		P
FRACASO EN LA ADHERENCIA	13	18-30 AÑOS	0.03	7	18-30 AÑOS	
	5	31-40 AÑOS		4	31-40 AÑOS	
	3	41-50 AÑOS		3	41-50 AÑOS	
	4	51-60 AÑOS		1	51-60 AÑOS	
	2	>60 AÑOS		1	>60 AÑOS	

Cuando se relaciona el grado de instrucción con el nivel socioeconómico observamos que los pacientes con nivel primaria incompleta de condición pobre P (0.077) y muy pobre P (0.065) son los más representativos. Ver Tabla 4

Tabla 4

Fracaso en la adherencia al tratamiento antirretroviral en los pacientes con VIH-SIDA, relacionados con Grado de Instrucción y Nivel Socioeconómico. Hogar San Camilo 2017.

GRADO DE INSTRUCCIÓN	NIVEL SOCIOECONOMICO		
	NO POBRE	POBRE	MUY POBRE
	P	P	P
ANALFABETO			
PRIMARIA COMPLETA			
PRIMARIA INCOMPLETA		0.077	0.065
SECUNDARIA COMPLETA			
SECUNDARIA INCOMPLETA			
TECNICO COMPLETO			
TECNICO INCOMPLETO			
SUPERIOR COMPLETO			
SUPERIOR INCOMPLETO			

Cuando relacionamos el tiempo de tratamiento TARGA con la edad del paciente y el sexo, se observa que los pacientes con menos de un año de sexo masculino y de 18 a 30

años son los más representativos P (0.033), seguidos de los pacientes con tratamiento TARGA mayor de 2 años de sexo masculino y de 30 a 40 años P (0.04).

Ver tabla 5.

Tabla 5

Fracaso en la adherencia al tratamiento antirretroviral en los pacientes con VIH-SIDA, relacionados con Tiempo de Tratamiento TARGA, edad y sexo. Hogar San Camilo 2017.

TIEMPO TRATAMIENTO TARGA	EDAD / SEXO									
	18-30 AÑOS		31-40 AÑOS		41-50 AÑOS		51-60 AÑOS		>60 AÑOS	
	MASC.	FEM.	MASC.	FEM.	MASC.	FEM.	MASC.	FEM.	MASC.	FEM.
< 1 AÑO	0.033									
1 AÑO					0.628					
2 AÑOS			0.04				0.102			
3 AÑOS										
4 AÑOS									0.278	
5 AÑOS										

Cuando relacionamos el tiempo de tratamiento TARGA con el estadio clínico de enfermedad y el recuento de CD4, se observa que los pacientes en estadio clínico No Sida con recuento de CD4 menor de 200celulas en TARGA menos de un año son los más representativos con P (0.045), y todos los pacientes en estadio SIDA con recuento de CD4 mayor de 200celulas con TARGA más de dos años P (0.088) y No SIDA con recuento de CD4 mayor de 200celulas con TARGA mas de dos años P (0.055).

Ver tabla 6.

Tabla 6

Fracaso en la adherencia al tratamiento antirretroviral en los pacientes con VIH-SIDA, relacionados con Tiempo de Tratamiento TARGA, Estadio clínico de enfermedad y recuento de CD4. Hogar San Camilo 2017.

		ESTADIO CLINICO DE ENFERMEDAD /		RECuento DE CD4	
TIEMPO TRATAMIENTO		SIDA		NO SIDA	
TARGA		>200 CEL	<200 CEL	>200 CEL	
		<i>P</i>		<i>P</i>	
	< 1 AÑO			0.045	
	1 AÑO				
	2 AÑOS	0.088		0.055	
	3 AÑOS				
	4 AÑOS				
	5 AÑOS				

Cuando Valoramos los efectos adversos relacionadas al fracaso al tratamiento observamos que los efectos adversos tempranos como rash dérmico 5 (12%) y anemia 4(9%), son los efectos más frecuentes, mientras que los efectos adversos tardíos tenemos las dislipidemias 7 (16%) y lipodistrofia 4 (8%). Ver tabla y grafico 7

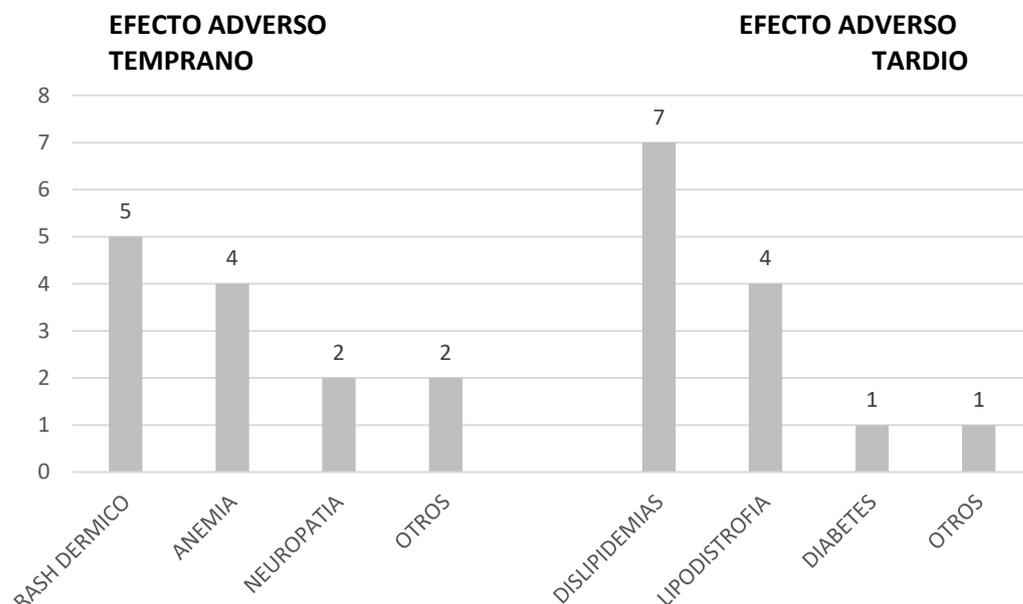
Tabla 7.

Efectos adversos tempranos y tardíos en los factores de riesgo relacionados al fracaso en la adherencia al tratamiento antirretroviral en los pacientes con VIH-SIDA. Hogar San Camilo 2017.

	N=43	%
EFFECTO ADVERSO TEMPRANA		
RASH DERMICO	5	12
ANEMIA	4	9
NEUROPATIA	2	4
OTROS	2	4
EFFECTO ADVERSO TARDIO		
DISLIPIDEMIAS	7	16
LIPODISTROFIA	4	8
DIABETES	1	2
OTROS	1	2

Gráfico7.

Efectos adversos tempranos y tardíos en los factores de riesgo relacionados al fracaso en la adherencia al tratamiento antirretroviral en los pacientes con VIH-SIDA. Hogar San Camilo 2017.



V. DISCUSION DE RESULTADOS

En el presente estudio durante el periodo de una año donde se incluyó un total de 463 pacientes en tratamiento antirretroviral de gran actividad TARGA, de los cuales 43 pacientes cumplieron con los criterios de inclusión durante este periodo de tiempo, los cuales presentaron una proporción de 9.28% de fracaso al TARGA, datos similares a otros estudios donde la prevalencia encontrada es menor (9 a 19%), probablemente debido a que son estudios longitudinales y utilizan otros sistemas para valorar la adherencia.

En otro estudio realizado anteriormente en esta misma población mostró una prevalencia de no adherencia de 19,8%, la cual es mayor a la encontrada en este estudio. En el caso de TARGA, la prevalencia de adherencia varía de acuerdo al tipo de estudio, a la población, así como a los métodos utilizados para calcularla.

En el presente trabajo observamos que el sexo masculino tiene mayor significancia como factor de riesgo de fracaso al TARGA, diferente a otros trabajos encontrados donde diversos estudios han encontrado una peor adherencia en mujeres que en hombres, Las diferencias encontradas en esta variable se han atribuido a factores hormonales, a las diferencias en el peso, a la morfología corporal, a la absorción y al metabolismo (Arrondo 2009).

Cuando analizamos la edad encontramos que en nuestro grupo de 18 a 30 años $P (0.087)$ representaba un factor de riesgo al fracaso al TARGA, muy parecidos a varios trabajos presentados.

La edad es otra variable sociodemográfica frecuentemente asociada con la adherencia al TARGA. La edad parece ser un factor potenciador de la adherencia. En este sentido, varios autores han encontrado que, a menor edad, peor es la adherencia, registrándose una tasa más alta de adherencia en la edad media de la vida. (Fumaz 2008).

Cuando correlacionamos sexo con la edad se evidencia que el grupo de pacientes masculino y edad 18 a 30 años son los más significativos $P (0.03)$ Mejía Cordero F 2013, demostró en su trabajo que los factores de riesgo más relevantes para el abandono de la terapia fueron: edad menor de 35 años, sexo femenino, bajo peso y un recuento de linfocitos CD4 superior a 350 células/m

En general parece ser que los varones y los más jóvenes tienden a ser menos adherentes que las mujeres y las personas de más edad.

Cuando analizamos grado de instrucción el grupo predominante son los que cuentan con secundaria incompleta $P (0.055)$, muy diferente a otros trabajos encontrados. Un nivel cultural o académico bajo también se asocia, de forma significativa, con una peor adherencia. (Ines S 2008).

Considerando las tendencias descritas 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, se observó 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) (Idindili 2014).

Cuando analizamos la condición sexual el grupo de pacientes heterosexuales con un valor estadístico no significativo represento el principal factor de riesgo para la no adherencia.

Además, los factores independientemente asociados a la falta de adherencia fueron: ser homosexual/bisexual, los hallazgos encontrados por Alvis O, en Perú en el 2009 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).

Cuando se analiza ocupación encontramos que el grupo de pacientes desempleados $P (0.097)$ representa un factor de riesgo al fracaso TARGA,

cuando se analiza el nivel socioeconómico el grupo de pacientes catalogados como pobre P (0.001) son los más representativos, contar con un trabajo estable se asocia a mejor adherencia. Aunque la pobreza puede considerarse una variable asociada a la mala adherencia terapéutica, (Mills 2006), tras revisar un meta análisis comparando la adherencia al tratamiento en África Subsahariana y Norteamérica, llegan a la conclusión que la pobreza, en sí misma, no afecta a la adherencia.

Cuando analizamos estadio clínico de enfermedad se observa que el estadio NO SIDA representa factor de riesgo P (0.078).

Cuando se analiza el tiempo de tratamiento TARGA se observa que el grupo de pacientes en TARGA menor de un año P (0.0001) y el grupo de 2 años P (0.098) son los que abandonaron y presentan mayor factor de riesgo de fracaso al TARGA.

Muy similar a otros estudios como por ejemplo un estudio en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, en 962 pacientes con SIDA atendidos entre el 2006- 2010, que recibieron TARGA, evidenció que un 14,55% abandonó el tratamiento luego de un promedio de 7 meses.

En nuestro trabajo cuando se valoró los efectos adversos relacionadas al fracaso al tratamiento observamos que los efectos adversos tempranos como rash dérmico 5 (12%) y anemia 4(9%), son los efectos más frecuentes, mientras que los efectos adversos tardíos tenemos las dislipidemias 7 (16%) y lipodistrofia 4 (8%). Los antirretrovirales son fármacos con un elevado número de reacciones adversas que con frecuencia provocan abandonos o cambios de tratamiento.

La complejidad de los regímenes, la toxicidad y los efectos secundarios del TARV (como la lipodistrofia, que afecta a entre un 20 y un 70% de los pacientes (Bechara 2008), son factores con impacto negativo en la calidad de vida de los pacientes que también afectan a la adherencia (Mannheimer2005). En el caso de TARGA, las reacciones adversas son frecuentes y conocidas con el uso de los agentes antirretrovirales como los inhibidores nucleósidos y no nucleósidos de la transcriptasa reversa, los Inhibidores de Proteasa. Estos regímenes tienen comúnmente efectos colaterales temporales como náuseas y diarreas; así como más duraderos como lipodistrofia y neuropatías. La bibliografía indica que una mejor adherencia ocurre con el uso de medicamentos que no presentan síntomas que con aquellos que provocan estos síntomas. Así, los pacientes interrumpen o solicitan modificaciones del tratamiento si presentan efectos adversos, reales o subjetivos, y estos efectos explican más los cambios de régimen que el mismo fracaso a la terapia , por lo que podría tomarse en cuenta la necesidad de información del paciente sobre potenciales reacciones adversas, para hacerlas de su conocimiento evitando que pudieran suspender el consumo de sus medicinas, si ocurriera alguna potencial reacción adversa; o supieran qué hacer si ocurriesen.

VI. CONCLUSIONES.

- En el presente estudio tuvo una prevalencia de 9.28% de fracaso al TARGA, datos similares a otros estudios donde la prevalencia encontrada es menor (9 a 19%), probablemente debido a que son estudios longitudinales y utilizan diferentes sistemas para valorar la adherencia.
- Se determinó que el sexo masculino tiene mayor significancia como factor de riesgo de fracaso al TARGA, diferente a otros trabajos encontrados donde diversos estudios han encontrado una peor adherencia en mujeres que en hombres
- Cuando analizamos la edad, se determinó que en nuestro grupo de 18 a 30 años P (0.087) representaba un factor de riesgo al fracaso al TARGA, muy parecidos a varios trabajos presentados.
- Cuando correlacionamos sexo con la edad se determinó que el grupo de pacientes masculino y edad 18 a 30 años son los más significativos P (0.03), en general parece ser que los varones y los más jóvenes tienden a ser menos adherentes que las mujeres y las personas de más edad.

- Cuando analizamos grado de instrucción el grupo predominante fueron los que cuentan con secundaria incompleta P (0.055), muy diferente a otros trabajos.
- Cuando analizamos la condición sexual se determinó que el grupo de pacientes heterosexuales con un valor estadístico no significativo represento el principal factor de riesgo para la no adherencia, muy diferente a otros estudios donde los factores asociados a la no adherencia fueron: ser homosexual/bisexual.
- Cuando se analiza el tiempo de tratamiento TARGA se determinó que el grupo de pacientes en TARGA menor de un año P (0.0001) y el grupo de 2 años P (0.098) son los que abandonaron y presentan mayor factor de riesgo de fracaso al TARGA. Muy similar a otros estudios donde los que recibieron TARGA, se evidenció que un 14,55% abandonó el tratamiento luego de un promedio de 7 meses.
- Se determinó que los efectos adversos tempranos relacionadas al fracaso al TARGA son rash dérmico 5 (12%) y anemia 4(9%), mientras que los efectos adversos tardíos tenemos las dislipidemias 7 (16%) y lipodistrofia 4 (8%).

VII. RECOMENDACIONES.

- Se recomienda la realización de más estudios con mayor muestra poblacionales en diferentes lugares del país con la finalidad de obtener una mayor validez de la tendencia de los factores de riesgo de fracaso al TARGA expresado en el tiempo con mayor seguridad.
- Consejería y entrevistas motivacionales para promover la aceptación y consensuar el plan terapéutico, reforzar conductas y actitudes positivas hacia el tratamiento.
- Adaptar el tratamiento a las actividades cotidianas, brindar información referente a la enfermedad y el tratamiento, motivos de riesgos del incumplimiento o abandono.
- Informar sobre beneficios y efectos adversos del tratamiento, que no sean causa de suspensiones del tratamiento.
- Proponer ayuda con respecto a las formas de vida, el desempleo, emplear lenguaje de acuerdo al nivel cultural y social, verificarla comprensión.

- Disponer de los recursos humanos necesarios para garantizar la atención y continuidad de los tratamientos.
- Fortalecer el trabajo multidisciplinario entre las instituciones locales y el MINSA o ESSALUD, Fuerzas Armadas y Policiales.

VIII. REFERENCIAS

- Andrade A, Florero L. (2008). Revisión de la adherencia al tratamiento antirretroviral (TARGA) y directrices para su mejoramiento tras 4 años de TARGA en Perú. *Ministerio de Salud*.
- Alvis O, De Coll L, Chumbimune L, Diaz C, Diaz J, Reyes M. (2009). Factors associated with non-adherence to highly active antiretroviral treatment in HIV/AIDS patients. *Annals facult Medical.* ;70(4):266-72
- Arrondo A, Sainz ML, Andrés EM, Iruin A, Napal V. (2009). Factores relacionados con la adherencia en pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana. *Farmacia Hospitalaria;1(33):4-11*.
- Balcindes A, Susana M, Libertad R, Salvá, A. (2018). Adherencia al tratamiento en pacientes VIH del policlínico universitario “Luis Galván Soca” Centro Habana. *Convención Internacional de Salud, Cuba Salud*.
- Bechara F, Sand M, Potthoff A, Altmeyer P, Brockmeyer. (2008). HIV-associated facial

- lipoatrophy—review of current therapy options. *European Journal Medical Research.*; 13:93–9.
- Braithwaite R, Kozal M, Chang C, Roberts M, Fultz SL, Goetz M, Gibert C. (2010). Tratamiento antirretroviral de la infección por el VIH en adultos y adolescentes: *Recomendaciones para un enfoque de salud pública, OMS.*
- Fumaz C, Munoz M, Molto J, Ferrer M, Lopez B. (2008). Sustained antiretroviral treatment adherence in survivors of the pre-HAART era: attitudes and beliefs. *AIDS Care, Aug 20(7):796-805.*
- Gordillo A, Valdes M, González L. (2000). Psychological variables and adherence to antiretroviral treatment. *Internal Medicine. 17:38-41.*
- Gordillo V, Amo J, Soriano V, González-Lahoz J. (2009). Sociodemographic and psychological variables influencing adherence to antiretroviral therapy. *AIDS; 13:1763-9.*
- Honiden S, Sundaram V, Nease R, Holodniy M, Lazzeroni L, Zolopa A. (2006). The effect of diagnosis with HIV infection on health-related quality of Life. *Qual Life Research.*;15:69–82.
- Ines S, Moralejo L, Marcos M, Fuertes A, Luna G.(2008). Adherence to highly active antiretroviral therapy in HIV-infected inmates. *Current HIV Research Mar;6(2):164-170.*
- Idindili B, Jullu B, Mugusi F. (2014). A case-control study of factors associated with nonadherent to antiretroviral therapy among HIV infected people in Pwani Region, eastern Tanzania. *Tanzania Journal of Health Research ; 5 (2):2-7.*
- Juana Pacífico, César Gutiérrez. (2015). Información sobre la medicación y adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en pacientes con VIH/SIDA de un hospital de Lima, Perú. *Revista Peruana Experimental y Salud Publica, vol 33 (1)*

- Knobel H. (2005). Calidad de vida, satisfacción, adherencia y efectividad del tratamiento antirretroviral. *Enfermedades Infecciosas Microbiología Clínica*. 23:579–80.
- Knobel H, Codina C, Miro JM, Carmona A, García B, Antela A. (2000). The recommendations of GESIDA/SEFH/PNS for improving adherence to antiretroviral treatment. AIDS Study Group of the Spanish Society of Hospital Pharmacy and the National Plan on AIDS of the Minister of Health and Consumers. *Microbiology Clinic.*;18:27-39.
- Knobel H, Vallecillo G, Guelar A, Pedrol E, Soler A, Carmona A. (2004). Simplified therapy with zidovudine, lamivudine, and abacavir for very nonadherent, treatment-failing patients. *HIV Clinical Trials.*;5:65-73.
- Knobel H, Escobar I, Polo R, Ortega L, Martín-Conde T, Casado JL. (2005). Recomendaciones GESIDA/SEFH/PNS para mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral en el año. *Enfermedades Infecciosas Microbiología Clínica.*; 23:221-31.
- Liu C, Ostrow D, Detels R, Hu Z, Johnson L, Kingsley L. (2006). Impacts of HIV infection and HAART use on quality of life. *Qual Life Research*. 15, 941–919.
- Mannheimer S, Matts J, Telzak E, Chesney M, Child C, Wu A. (2005). Quality of life in HIV-infected individuals receiving antiretroviral therapy is related to adherence. *AIDS Care*. 17:10–22.
- Mejía Cordero F. (2013). Características clínico epidemiológicas y factores asociados a abandono del tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) en pacientes con infección VIH/sida de un hospital de tercer nivel en Lima, 2013. [tesis especialidad]. *Universidad Peruana Cayetano Heredia*.
- Mills E, Nachega J, Buchan I, Orbinski J, Attaran A, Singh S, (2006). Adherence to

antiretroviral therapy in sub-Saharan Africa and North America: a meta-analysis.

JAMA Aug 9;296(6):679-690.

Ministerio de Salud (2018). Norma Técnica de Salud de Atención Integral del Adulto con Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH). Norma Técnica N° 097 - MINSa / DGSP - V.03. 2018.

Park W, Strike C, Antoniou T, Bayoumi A. (2007). Adverse quality of life consequences of antiretroviral medications. *AIDS Care. 19:252–7.*

Poorolajal J, Hooshmand H, Mahjub, N, (2016). Survival rate of AID disease and mortality in HIV-infected patients: a meta-analysis. *Public Health, 139, 3-12*

Ruiz Pérez I, Rodríguez Bano J, López Ruz MA, del Arco Jiménez A. (2005) Cause Health-related quality of life of patients with HIV: impact of sociodemographic, clinical and psychosocial factors. *Qual Life Research; 14:1301–10.*

IX. ANEXOS

NTS N° 097 -MINS/DGSP-V.03
"NORMA TÉCNICA DE SALUD DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO CON INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)"

ANEXO 11

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL INICIO DE TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN EL ADULTO CON VIH

Usted ha sido diagnosticado de infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), y según las normas actuales del Ministerio de Salud, debe iniciar el Tratamiento Antirretroviral (TARV), ya que ello beneficiará a su salud.

El TARV disminuye la cantidad del virus en su sangre, mejorando su sistema de defensas (inmunológico) y por tanto, disminuyendo la probabilidad que usted enferme; mejorando así su calidad y esperanza de vida.

Sin embargo, el uso del TARV, al igual que cualquier tratamiento médico, puede ocasionar algunos efectos adversos, los cuales serán explicados por el equipo de salud. Le solicitamos que de presentar algún malestar relacionado con la toma del TARV, se comunique y acuda inmediatamente al establecimiento de salud para atenderlo oportunamente.

Actualmente, el Ministerio de Salud ofrece gratuitamente este tratamiento a las personas con VIH. Su médico le explicará con todo detalle el proceso para el inicio del TARV, y usted es totalmente libre de formular todas las preguntas que desee.

Hasta el momento, el TARV es el único tratamiento que ha demostrado ser eficaz para detener el avance de la enfermedad, siempre y cuando cumpla estrictamente con tomar las medicinas de acuerdo a las indicaciones y horarios recomendados.

Usted, al aceptar el inicio del TARV, también se compromete a cumplir con asistir a las citas programadas, y tomar los medicamentos de acuerdo a lo recomendado por el equipo de salud.

Es importante para el equipo de salud que cumpla con las citas establecidas. Si usted no acude a una cita programada, el personal de salud hará todos los esfuerzos para tratar de ubicarlo y conocer su estado de salud. Eso implica que podrán ir a visitarlo a su domicilio, llamarlo por teléfono, enviarle un correo electrónico u otras formas de contacto, siempre cuidando la confidencialidad de su diagnóstico.

Una vez que hayan resuelto todas sus dudas y acepta iniciar el TARV, usted debe firmar este consentimiento informado.

.....
Dejo constancia que he leído el contenido de este Consentimiento Informado, que he tenido la oportunidad de realizar todas las preguntas y que han sido respondidas satisfactoriamente. He decidido iniciar el TARV, tomar los medicamentos de acuerdo a las indicaciones y horarios recomendados y acudir a las citas programadas. Asimismo, declaro no encontrarme recibiendo TARV en otra institución del Perú o del extranjero.

.....
Nombres y apellidos del paciente*

.....
Fecha y firma

.....
Nombres y apellidos del médico tratante

.....
Fecha y firma

**En situaciones en las que el paciente tenga discapacidad física o mental para la firma del presente consentimiento informado, este deberá ser realizado por el familiar directo o apoderado del paciente.*

NTS N° 097- MINSA/2018/DGIESP - V.03
 "NORMA TÉCNICA DE SALUD DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO CON INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA
 INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)"

ANEXO N° 2

HOJA DE EVALUACIÓN CLÍNICA PARA EL INGRESO AL TRATAMIENTO ANTIRETROVIRAL A PERSONAS CON VIH															
I															
DATOS GENERALES															
Fecha		Nombre del establecimiento de Salud					D.N.I.			H.C.					
/ /															
Apellido Paterno			Apellido Materno			Nombres			Grado de Instrucción						
Fecha Nacimiento		Edad	Sexo		Lugar de Nacimiento		Lugar de Procedencia			Teléfonos					
			M F												
ANTECEDENTES															
Tamizaje Reactivo		P. Confirmatoria		Grupo poblacional				Forma de transmisión							
/ /		/ /		HSH TRANS TS PPL PG				Sexual Sanguinea TV Otra :							
							Consumo actual de:		Alcohol		Tabaco		Drogas		
									SI NO		SI NO		SI NO		
ENFERMEDADES/INFECCIONES OPORTUNISTAS															
Enfermedad				Fecha de Dx.		Activa		Tratamiento recibido							
						SI NO									
TERAPIA PREVENTIVA															
TP TMP/SMX		NO	SI	Fecha de inicio			Observaciones:								
TP TB		NO	SI	Fecha de inicio			Observaciones:								
EXAMEN FÍSICO															
Peso (Kg)		Talla (cm)		Examen físico											
				N A Describir:											
EXAMENES AUXILIARES (Últimos tres meses) Fecha: / /															
Hto/Hb		Leucocitos		Neutrófilos		Plaquetas		Glucosa		Creatinina		TGP	Coles.Total	Triglicéridos	
HBsAg		Anti Hvc		RPR		VDRL		BK		Rx Tórax		Basales		Fecha	Otros
+ -		+ -		+ -		DIL		+ -		N A		CD4			
												CV			
ESTADIO SIDA : <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO															
ANTECEDENTE DE USO DE ARV :															
NO	SI	Lugar				Esquema				Periodo					
ESQUEMA INDICADO PARA INICIO DEL TARV :															
Firma y Sello del Médico Tratante															

NTS N° 097- MINSA/2018/DGIESP - V.03
 "NORMA TÉCNICA DE SALUD DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO CON INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA
 INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)"

ANEXO 4

FICHA DE REPORTE DE REACCIÓN ADVERSA A MEDICAMENTO ANTIRRETROVIRAL

E INSTRUCTIVO

CONFIDENCIAL



A. DATOS DEL PACIENTE										
Nombres o iniciales:										
Edad:	Sexo	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		Peso(Kg):	Historia Clínica y/o DNI:					
Establecimiento:										
Diagnóstico Principal:					CIE10:					
B. REACCIONES ADVERSAS SOSPECHADAS (Si Ud. desea notificar un error de medicación, problema de calidad u otro puede utilizar este formato)										
Describir la reacción adversa						Fecha de inicio de RAM: ___/___/___				
						Fecha final de la RAM : ___/___/___				
						Gravedad de la RAM(Marcar con X) <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave				
						Solo para RAM grave (Marcar con X) <input type="checkbox"/> Muerte. Fecha ___/___/___ <input type="checkbox"/> Puso en grave riesgo la vida del paciente <input type="checkbox"/> Produjo o prolongó su hospitalización <input type="checkbox"/> Produjo discapacidad/incapacidad <input type="checkbox"/> Produjo anomalía congénita				
Resultados relevantes de exámenes de laboratorio (incluir fechas):						Desenlace(Marcar con X) <input type="checkbox"/> Recuperado <input type="checkbox"/> Recuperado con secuela <input type="checkbox"/> No recuperado <input type="checkbox"/> Mortal <input type="checkbox"/> Desconocido				
Otros datos importantes de la historia clínica, incluyendo condiciones médicas preexistentes, patologías concomitantes (ejemplo alergias, embarazo, consumo de alcohol, tabaco, disfunción renal/hepática, etc.)										
C. MEDICAMENTO(S) SOSPECHOSO(S)										
Nombre comercial o genérico	Laboratorio	Lote	Dosis/frecuencia	Via de Adm.	Fecha inicio	Fecha final	Motivo de prescripción			
Suspensión(Marcar con X)		Si	No	No aplica	Re-exposición(Marcar con X)			Si	No	No aplica
(1) ¿Desapareció la reacción al suspender el medicamento?					(1) ¿Reapareció la reacción al administrar nuevamente el medicamento?					
(2) ¿Desapareció la reacción al disminuir la dosis?					(2) ¿El paciente ha presentado anteriormente la reacción al medicamento?					
El paciente recibió tratamiento para la reacción <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No					Especifique:					
El paciente requirió cambio de esquema de tratamiento <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No					Especifique:					
En caso de sospecha de problemas de calidad indicar: N° Registro Sanitario:						Fecha de vencimiento ___/___/___				
D. MEDICAMENTOS CONCOMITANTES UTILIZADOS EN LOS 3 ÚLTIMOS MESES(excluir medicamentos para tratar la reacción adversa)										
Nombre comercial o genérico	Dosis/frecuencia	Via de Adm.	Fecha inicio	Fecha final	Motivo de prescripción					
E. DATOS DEL NOTIFICADOR										
Nombres y apellidos:										
Teléfono:					Correo electrónico:					
Profesión:					Fecha de notificación ___/___/___			N° Notificación:		

Nota: En caso de reacciones adversas graves el Comité de Farmacovigilancia deberá complementar la información mediante el "Informe de investigación de sospecha de reacción adversa grave"
 Este documento es válido solo para el Sistema Nacional de Farmacovigilancia, no tiene implicancias Judiciales ni de otro tipo"

ANEXO 10
FICHA DE ESTUDIO SOCIAL

Lugar: Consulta externa Hospitalización Fecha: _____

FICHA DE ESTUDIO SOCIAL
Dirección de Prevención y Control de VIH/SIDA, Enfermedades de Transmisión Sexual y Hepatitis

SECCIÓN 1: IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Apellidos y nombres: _____

Sexo: Femenino Masculino Edad: _____ F. Nac.: _____ Núm H.C.: _____ Código: _____
 Gestante: Sí No Lugar de nacimiento: _____ Migrante: Sí No

Tipo de paciente: Nuevo Reingreso Aseguramiento: SIS EsSalud Privado FFAA Ninguno

Dirección: _____ Distrito: _____
 Referencia: _____ Teléfono: _____
 Ocupación: _____ Lengua materna: Español Otro: _____

Etnia <input type="checkbox"/> Mestizo <input type="checkbox"/> Indígena amazónico <input type="checkbox"/> Afro descendiente <input type="checkbox"/> Andino <input type="checkbox"/> Asiático descendiente <input type="checkbox"/> Otro: _____	Nivel educativo completo <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Universitario <input type="checkbox"/> Técnico	Ultimo grado o ciclo cursado: _____	Pareja estable <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Estado civil <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Conviviente	¿Ud. cómo se identifica? <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Gay o lesbiana <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Mujer trans <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> Prefiere no responder
--	---	---	---	--

SECCIÓN 2: DIAGNÓSTICO MÉDICO

¿Hace cuánto conoce su diagnóstico?
 <1 mes
 1 a 6 meses
 >6 meses

¿Ha tomado TARV anteriormente?
 Nunca tratado
 Antes tratado
 En tratamiento
 Fecha inicio: _____ (mes y año)

Observaciones: _____

SECCIÓN 3: ASPECTOS SOCIALES

3.1 Revelación del diagnóstico: ¿Quiénes conocen su diagnóstico?

	Todos	Algunos	Ninguno	No aplica	Detalle quiénes conocen el diagnóstico
Familia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Parejas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Compañeros de trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

3.2 Agente de soporte personal (ASP)

¿Cuenta con agente de soporte personal? Sí No

Si no está presente el agente de soporte personal, especifique: No ha revelado el diagnóstico a otros
 Lo apoyan pero no han podido acompañarlo
 Nadie lo apoya con su diagnóstico de VIH
 Otro: _____

Apellidos y nombres: _____

Parentesco: Madre o padre Amigo/a Hijo/a Pareja Hermano/a Otro: _____ Sexo: Femenino Masculino

Domicilio: El mismo que el paciente Otro: _____ Teléfono: _____

3.3 Barreras y facilitadores sociales

	Sí	No	Especifique
1. ¿Tiene dificultades para transportarse al hospital?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
2. ¿Tiene dificultades para venir al hospital debido a su trabajo o estudios?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

NTS N° 097 -MINSA/DGSP-V.03
 "NORMA TÉCNICA DE SALUD DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO CON INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA
 INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)"

3. ¿Tiene dificultades para pagar sus citas, medicamentos o exámenes de laboratorio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. ¿Tiene dificultades para conseguir buenos alimentos en cantidad suficiente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. ¿Tiene o ha tenido antecedentes judiciales, penales o policiales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. ¿Ha sido rechazado por su familia debido a su diagnóstico de VIH?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. ¿Le preocupa ser visto por personas conocidas en el hospital?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. ¿Recibe apoyo de alguna institución, organización o programa social?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. ¿Alguna vez ha realizado trabajo sexual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. ¿Tiene dificultades para hacer sus actividades debido a alguna discapacidad física o mental?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

SECCIÓN 4: ASPECTOS ECONÓMICOS

4.1 Vivienda

Ubicación	Material	Tenencia	Servicios básicos	Tiempo de residencia
<input type="checkbox"/> Urbano	<input type="checkbox"/> Noble	<input type="checkbox"/> Propia	Luz <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> <2 meses
<input type="checkbox"/> Rural	<input type="checkbox"/> Rústico	<input type="checkbox"/> Invasión	Agua <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> 2-12 meses
<input type="checkbox"/> Urbano marginal	<input type="checkbox"/> Mixto	<input type="checkbox"/> Alojado	Desagüe <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> >1 año
		<input type="checkbox"/> Alquiler		

N. de habitantes: _____ N. de habitaciones: _____ Haciamiento: Sí No ¿Vive solo? Sí No

4.2 Grupo familiar: ¿Quiénes viven con usted?

N	Nombre	Edad	Parentesco	Ocupación	Nivel educativo	Observaciones
1						
2						
3						
4						
5						

4.3 Situación económica individual

Condición laboral	Entorno económico	Sí	No	Detalle
<input type="checkbox"/> Contratado	1. ¿Usted mismo solventa sus gastos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/> Independiente	2. ¿Recibe apoyo económico de otras personas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/> Eventual	3. ¿Tiene a otras personas a su cargo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/> Desempleado				

SECCIÓN 5: DIAGNÓSTICO SOCIAL

5.1 Pre-diagnóstico

5.2 Diagnóstico social

- Problemas relacionados con bajos ingresos [Z59.6]
- Problemas relacionados con pobreza extrema [Z59.5]
- Problemas relacionados con desempleo [Z56.0]
- Problemas relacionados con vivienda inadecuada [Z59.1]
- Problemas relacionados con soporte socio-familiar [Z63.2]
- Problemas relacionados con exclusión y rechazo social [Z60.4]
- Problemas relacionados con relación de pareja [Z63.0]
- Problemas relacionados con falta de alimentos adecuados [Z59.4]
- Problemas relacionados con discapacidad: _____

5.3 Plan de acción

- Consejería social individualizada
- Identificación de agente de soporte personal
- Afiliación al SIS
- Orientación de aseguramiento
- Exoneración de pagos: _____
- Visita domiciliaria
- Derivación a educador de pares
- Derivación a psicología
- Derivación a nutrición
- Derivación a medicina física y rehabilitación
- Coordinación de referencia a otro establecimiento
- _____
- _____
- _____

EE.SS. del 1er nivel de atención: _____

Asistente social: _____

