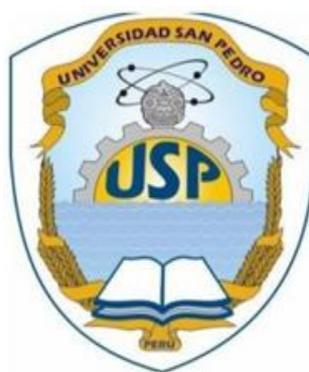


UNIVERSIDAD SAN PEDRO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA DE FARMACIA Y BIOQUIMICA



Efecto de una intervención educativa a pacientes con VIH para mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral en el Centro de Excelencia Médica “Hogar San Camilo” - Lima, 2017

Tesis Para Obtener el Título de Químico Farmacéutico

Autor: Bachiller Josselin Vanessa Baluis Fernandez

Asesor: Mg. Q.F. Soledad Sarmiento

NUEVO CHIMBOTE – PERÚ

2018

Palabras clave: intervención educativa, SIDA, VIH, adherencia terapéutica, antirretroviral

Keywords: educational intervention, AIDS, HIV, therapeutic adherence, antiretroviral

Línea de Investigación: Farmacología y Farmacia.

Efecto de una intervención educativa a pacientes con VIH para mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral en el Centro de Excelencia Médica “Hogar San Camilo” – Lima, 2017

Resumen

En la presente investigación titulada “Efecto de una intervención educativa a pacientes con VIH para el mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral en el Centro de Excelencia Médica “Hogar San Camilo” – Lima, 2017” tiene como objetivo determinar el efecto de una intervención educativa a pacientes con VIH para mejorar la adherencia al tratamiento con antirretrovirales durante el periodo de julio a noviembre del 2017, basándonos en los parámetros del método Dáder y la NTS 097 “Norma Técnica de Salud de Atención Integral del Adulto con Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)”. Es un estudio cuantitativo y no experimental, usa la metodología de diseño longitudinal de evolución de grupo basado en la recopilación de información por medio del uso de herramientas como entrevistas y test. El tamaño muestral es de 48 pacientes con VIH, cumpliendo los criterios de inclusión y exclusión en un tiempo determinado. El estudio consistió en dos etapas, en las cuales se realizaron entrevistas, recopilando la información necesaria y evaluando la adherencia al tratamiento antirretroviral de los pacientes en ambas etapas del estudio según el test de Cumplimiento **SMAQ** (The Medication Adherence Questionnaire). La información recopilada fue procesada en la base de datos Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), en la etapa del Pre test el porcentaje promedio de adherencia terapéutica en el tratamiento antirretroviral en el Centro de Excelencia Médica “Hogar San Camilo” es de 60.94% con una desviación estándar de 23.00% y una dispersión del 37.76% considerándose heterogénea; valores indicados antes de aplicar la intervención. En la etapa del Pos test, el porcentaje promedio de adherencia terapéutica en el tratamiento antirretroviral fue de 94.27% con una desviación estándar de 11.80% y una dispersión del 12.52% considerándose homogénea; valores indicados después de aplicar la intervención. Obteniendo como resultado que el promedio aumentó en un 33.33%, la desviación estándar disminuyó en 11.20% y la dispersión de sus porcentajes se uniformizó al disminuir en un 25.24%.

Palabras clave: intervención educativa, SIDA, VIH, adherencia terapéutica, antirretroviral

Abstract

In this research entitled "Effect of an educational intervention for HIV patients to improve adherence to antiretroviral treatment in the Center of Medical Excellence Hogar San Camilo "- Lima, 2017" aims to determine the effect of an educational intervention to patients with HIV to improve adherence to antiretroviral treatment during the period from July to November 2017, based on the parameters of the Dáder method and NTS 097 "Technical Standard of Health of Integral Attention of the Adult with Infection by the Immunodeficiency Virus Human (HIV) ". It is a quantitative and not experimental study, it uses the methodology of longitudinal design of group evolution based on the collection of information through the use of tools such as interviews and tests. The sample size is 48 patients with HIV, fulfilling the inclusion and exclusion criteria in a determined time. The study consisted of two stages, in which interviews were conducted, gathering the necessary information and evaluating the adherence to antiretroviral treatment of patients in both stages of the study according to the SMAQ Compliance Test (The Medication Adherence Questionnaire). The information collected was processed in the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) database, in the Pretest stage the average percentage of therapeutic adherence in antiretroviral treatment in the Medical Center of Excellence "Hogar San Camilo" is 60.94 % with a standard deviation of 23.00% and a dispersion of 37.76% considering itself heterogeneous; indicated values before applying the intervention. In the post-test phase, the average percentage of therapeutic adherence in antiretroviral treatment was 94.27% with a standard deviation of 11.80% and a dispersion of 12.52% considered homogeneous; indicated values after applying the intervention. Obtaining as a result that the average increased by 33.33%, the standard deviation decreased by 11.20% and the dispersion of its percentages became uniform by decreasing by 25.24%.

Keywords: educational intervention, AIDS, HIV, therapeutic adherence, antiretroviral

INDICE

| | |
|--|-----|
| Palabras clave..... | i |
| Título de la investigación..... | ii |
| Resumen..... | iii |
| Abstract..... | i v |
| Índice | v |
| Introducción..... | 1 |
| Antecedentes y fundamentación científica..... | 1 |
| Justificación de la investigación..... | 5 |
| Problema | 7 |
| Marco Referencial..... | 7 |
| Hipótesis..... | 31 |
| Objetivos..... | 31 |
| Metodología..... | 33 |
| Tipo y Diseño de investigación..... | 33 |
| Conceptuación y Operacionalización de las variables..... | 33 |
| Población – Muestra..... | 34 |
| Técnicas e instrumentos de investigación..... | 37 |
| Resultados..... | 42 |
| Análisis y Discusión..... | 48 |
| Conclusiones..... | 54 |
| Recomendaciones..... | 55 |
| Agradecimientos..... | 57 |
| Referencias Bibliográficas..... | 58 |
| Anexos..... | 66 |

I. INTRODUCCIÓN

1.1 Antecedentes y Fundamentación Científica

Se realizó la investigación de estudios diversos a nivel local, en universidades estatales y particulares en Chimbote y Nuevo Chimbote, no obteniendo evidencias de estudios como precedentes. Por lo que se consideró investigaciones similares de este tema, realizadas en otras universidades a nivel nacional. Teniendo como resultado de las revisiones de otros estudios similares, encontramos algunos de ellos referidos al tema que se está abarcando.

1.1.1 Antecedentes Nacionales

Bailón (2013) realizó la investigación: *“Propuesta para la implementación de un programa de Atención Farmacéutica al paciente oncológico del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen”*. El objetivo del estudio abarca una propuesta para la implementación del programa de Atención Farmacéutica que permita responder a las necesidades farmacoterapéuticas, garantizar la provisión responsable de la farmacoterapia y mejorar la calidad de vida del paciente oncológico del Hospital Nacional Guillermo Almenara durante el año 2013. El estudio tuvo como base a modelos de guías españolas y colombianas recopilando información relacionada a programas y Guías de Actuación farmacéutica: Seguimiento farmacoterapéutico y educación sanitaria. Finalmente elaboraron la propuesta para su evaluación, aceptación y cumplimiento.

Aguilar (2016) en su investigación titulada *“Intervención educativa sobre el uso racional de medicamentos en el club de madres “Santa*

Isabel y María” – Trujillo, 2014”. La investigación tiene como objetivo determinar el efecto de una intervención educativa en el nivel de conocimiento sobre el uso racional de medicamentos, de las integrantes del Club de madres Santa Isabel y María del distrito de Trujillo de abril a junio del 2014. En este estudio de investigación se aplicó un diseño experimental con una población de 18 personas. El estudio estuvo basado en diferentes manuales mediante el cual se recolectó los datos basados en test según el Manual para la enseñanza del Uso Racional de Medicamentos, considerando la técnica de charla comunicativa. Al finalizar el estudio se obtuvo como resultado en el pretest un nivel de conocimiento en el 16.7 % de las madres y escaso en el 83.3 % en el post test un nivel de conocimiento razonable en el 27,8 % y adecuado en el 72.2 % de las participantes. Concluyendo que las intervenciones educativas tienen un efecto positivo respecto en el nivel de conocimiento en el uso racional de medicamentos.

Núñez (2015) realizó la investigación *“Efecto de la atención farmacéutica en la adherencia al tratamiento en pacientes con VIH/SIDA del programa de TARGA del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza De Arequipa”*. El objetivo del estudio es investigar determinar el efecto de la atención farmacéutica mediante el seguimiento terapéutico o la educación sanitaria en la adherencia al tratamiento en paciente con VIH/SIDA del programa de TARGA de la institución mencionada durante el periodo de enero a agosto del 2014. La población que participo en el estudio fue separado en dos grupos, uno de ellos los que aceptaron formar parte y la otra parte, aquellos que no aceptaron la atención farmacéutica por parte del investigador. Así mismo se evaluó la adherencia al tratamiento de ambos grupos al inicio y final de la investigación para comparar resultados. Obteniendo al final del estudio como resultado que se

encontró una media de la edad de 36.8 años y la relación con el tipo de grupo: $p > 0.05$. El sexo masculino el más frecuente 71.7% para los casos y 72% para los controles. El tiempo de tratamiento con una media de 46.3 y 47.8 meses para los casos y controles respectivamente. El 68% sin ocupación, seguido por la ocupación de comerciante (50%), Chi 15.5 ($p > 0.05$). La carga viral y cantidad de linfocitos CD4 con relación $p < 0.05$. Diferencia entre pacientes con adherencia de casos y controles: 22%. Concluyendo que el efecto de la atención farmacéutica mediante el seguimiento terapéutico o educación sanitaria mejora en un 22% la adherencia al tratamiento en pacientes con VIH/SIDA del programa de TARGA del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa, durante el periodo de enero a agosto del 2014; además que los pacientes que no recibieron atención farmacéutica mediante el seguimiento terapéutico o educación sanitaria, tienen 3.778 veces más posibilidades de no tener adherencia al tratamiento.

1.1.2 Antecedentes Internacionales

Bernabé (España, 2014) en su investigación titulada *Intervención educativa para mejorar la adherencia de los pacientes que usan antibióticos durante la dispensación en una oficina de farmacia en la ciudad de Murcia durante un periodo de ocho meses (enero- agosto de 2010)*. La investigación se encargó evaluar la efectividad de la intervención educativa en la adherencia al tratamiento con antibióticos durante la dispensación de antibióticos y en la evolución de los síntomas referidos por el paciente, comparado con la atención habitual asimismo identificar posibles causas del incumplimiento del tratamiento antibiótico. En el cual se realizó la intervención a 126 pacientes que fueron atendidos en la oficina de farmacia: 62 en el grupo control (GC)

y 64 en el Grupo Intervención (GI). No existiendo diferencia entre ambos grupos respecto a las características basales, incluyendo el nivel de conocimientos previo a la intervención. Concluyendo que este estudio, el grupo control tuvo una adherencia del 48,4 % frente al 67,2 % del Grupo Intervención, siendo esta una diferencia del 18.8% logra aumentar la adherencia al tratamiento antibiótico en comparación con la atención habitual, asimismo se pudieron resolver algunas las causas que ocasionan el incumplimiento del tratamiento antibiótico.

Carrillo y Navarrete (Colombia, 2016) realizaron la investigación ***“Diseño e implementación del programa de atención farmacéutica en paciente con VIH/SIDA de la IPS Ciudad Salud”***. La investigación tiene como objetivo diseñar e implementar un procedimiento farmacoterapéutico y farmacovigilancia para una IPS de la ciudad de Bogotá. Esta investigación se basó en la aplicación del seguimiento farmacoterapéutico a los pacientes que son atendidos en esta IPS. Tiene como población a 23 pacientes los cuales cumplieron los criterios de inclusión y exclusión. Obteniendo como resultados después del seguimiento farmacoterapéutico una identificación total de 13 RNM y 1 RAM asimismo la adherencia en un 30% de los pacientes en seguimiento debido a que el 70% no cumplen adecuadamente con la terapia ya que, de acuerdo a la evaluación de la adherencia realizada, consumen menos de 80% de la dosis programada y el 30% restante si son pacientes que demuestran estar comprometidos y tienen interés de mantener un buen estado de salud.

Ibarra (Colombia, 2015) realizó la investigación ***“Adherencia Longitudinal al Tratamiento en una cohorte de pacientes con infección por VIH en el Hospital Gal-dakao- Usansolo durante el periodo 2000- 2013”***. Cuyo objetivo es el determinar la influencia de la

adherencia al tratamiento en una cohorte de pacientes con infección por VIH en tratamiento antirretroviral. Se seleccionó a aquellos pacientes con un mayor riesgo de morbilidad terapéutica y candidatos a recibir la Atención Farmacéutica personalizada. Concluyendo que tras aplicar el programa intensivo de 6 sesiones se apreció que la adherencia al basal aumentaba significativamente en el grupo de intervención respecto al grupo control y que esa diferencia se mantenía a los 3 años, contribuyendo que una de las grandes limitaciones de las intervenciones se debe a que normalmente solo se realizan en los inicios o cambios de tratamiento con una duración limitado con lo que se pierde la adherencia con el pasar del tiempo.

1.2. Justificación de la investigación

Desde el primer caso de Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) hasta la actualidad se han realizado muchos estudios científicos para poder hallar una cura sin éxito. Es por ello que gracias a esos avances científicos existen los tratamientos farmacológicos para así poder mejorar la calidad de vida de aquellos que padecen esta enfermedad. Según la Organización Mundial de la Salud (2017), considera que el VIH es una de las enfermedades respecto a la salud pública que afecta a la población, Los datos estadísticos a nivel mundial muestran que más 37 millones de personas viven con VIH en el mundo; pero solo 19,5 millones de personas tienen acceso a la terapia antirretroviral. Otro dato importante brindado por el Ministerio de Salud (Minsa), en el Perú hasta el 2015 se estimó que existen más de 72 000 personas viviendo con el VIH/SIDA, teniendo en cuenta que aun cierta población no acuden a un centro de salud para poder ser atendidos debido a las limitaciones que existen, Lima y Callao reportan un mayor número de casos llegando aproximadamente a un 70% seguido consecutivamente de las regiones de Loreto y Arequipa.

En el Perú existen 119 establecimientos de salud y 26 ONG que brindan acceso a la terapia antirretroviral. El Centro de Excelencia Médica “Hogar San Camilo”, es una de las instituciones sin fines de lucro, especializada en la atención de pacientes con VIH en la Ciudad de Lima. Dicha institución posee una población total de pacientes con VIH, donde reciben atención médica especializada, así como la dispensación de sus medicamentos antirretrovirales. Por lo que es necesario regirse a la NTS N° 097 – MINSA/DGSP-V.02 “Norma técnica de salud de atención integral del adulto con infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)” el cual tiene como objetivo estandarizar los procedimientos para la atención integral del adulto con infección por VIH.

Debido a que los últimos años, según el servicio de enfermería del Centro de Excelencia Médica “Hogar San Camilo” localizado en Lima, el personal detectó un incremento en el caso de fracasos de esquemas y abandonos del tratamiento antirretroviral de muchos pacientes. Es por ello se tiene la necesidad de realizar un estudio respecto al efecto de una intervención educativa en Pacientes con VIH para el mejoramiento de la adherencia terapéutica en el tratamiento antirretroviral debido a que no existe registro alguno acerca intervenciones educativas personalizada que se debería de brindar a los pacientes con VIH para así poder garantizar la mejoría en la adherencia al tratamiento antirretroviral por medio del seguimiento de cada paciente.

Este presente proyecto de investigación permitirá ofertar este servicio a los pacientes y a su vez realizar una intervención educativa respecto al mejoramiento de la adherencia en el tratamiento antirretroviral; por medio de entrevistas, formatos, historias clínicas, y test que ayudarán a evaluar el nivel de conocimiento acerca de los medicamentos asimismo medir la adherencia al tratamiento antirretroviral. Lo cual este proyecto finalmente aportará con un

precedente de nuevos datos y a su vez mejorará y reforzará el conocimiento que tienen los pacientes acerca de su enfermedad y su tratamiento para que de esa manera el Centro de Excelencia Médica “Hogar San Camilo” estaría brindando una mejor atención a los pacientes con VIH que pertenezcan al programa TARGA.

1.3 Problema General

¿Cuál es el efecto de una intervención educativa en pacientes con VIH para el mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral del Centro de Excelencia Médica “Hogar San Camilo” – Lima, 2017?

1.4 Marco Referencial

1.4.1 VIH

El VIH es un virus cuyas siglas significa Virus de Inmunodeficiencia Humana, el cual ataca a las células del sistema inmune ocasionando una alteración y/o anulación de la función de estas. Cabe resaltar que el sistema inmune es el encargado de la defensa natural de nuestro cuerpo ante cuerpos extraños, como las bacterias y virus, es por ello que el virus ataca el sistema inmune dejando a la persona con el virus más vulnerable a infecciones y a enfermedades oportunistas.

1.4.2 SIDA

Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, es causado por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). El Sida es la etapa más avanzada de la infección por el virus de VIH. Este síndrome se desarrolla con el

transcurso del tiempo ya que el virus ataca y destruye las células que defienden el sistema inmunológico, estando expuestos a infecciones oportunistas.

1.4.3 Etiología

El VIH es un virus que pertenece a la familia de los *Retroviridae*, ya que puede realizar la transcripción de RNA a DNA. Así como pertenece a la subfamilia de los *lentivirinae* que estos se caracterizan en producir enfermedades lentamente progresivas y fatales.

Desde el punto de vista genéticamente y estructuralmente vírica existen dos formas del virus de VIH similares: VIH-1 y VIH-2. El VIH-1 es el más frecuente el cual conduce al síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y a la muerte.

En comparación con el VIH-2 que es menos frecuente y usualmente ataca a los habitantes y/o visitantes de África Occidental, pero cabe resaltar que también conduce al síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y en muerte.

1.4.4 Epidemiología

1.4.4.1 En el Mundo

En 1981 aparecieron los primeros casos de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) en la ciudad de los Ángeles, EE.UU. los cuales presentaban diversas manifestaciones de infecciones oportunistas que usualmente

presentan los pacientes inmunodeprimidos como Neumonía por *Pneumocytis carinni* y Neoplasias específicamente por el Sarcoma de Kaposi, así como otros casos de pacientes sin síntomas.

En la actualidad el VIH ha cobrado la vida de más de 35 millones de vida. En 2016, un millón de personas fallecieron en el mundo por causas relacionadas a este virus. Se estimó que hasta finales del 2016 existían aproximadamente 36,7 millones de personas infectadas por el VIH en el mundo. Asimismo, en ese mismo año 1,8 millones de personas han sido infectados.

Según los datos de la Organización Mundial de Salud (2017) considera que el VIH es una de las fatales enfermedades respecto a la salud pública que afecta a la población, Los datos estadísticos a nivel mundial muestran que más 37 millones de personas viven con VIH en el mundo; pero solo 19,5 millones de personas tienen acceso a la terapia antirretroviral. Y que solo hay 25,6 millones de personas infectadas en la Región de África.

1.4.4.2 En el Perú

El primer caso de VIH-SIDA en el Perú fue reportado en 1983. Pero desde el primer caso en 1983 hasta 1998 ha tenido un ascenso drástico con un total de 8 071 casos de SIDA. Al inicio de los casos que aparecieron en el Perú correspondieron a varones homosexuales que adquirieron esta infección en el extranjero. Pero luego se extendió a personas heterosexuales

llegando a superar los casos existentes de personas homosexuales.

Según la Organización Mundial de Salud (2016) estima que en el Perú hasta fines del año 2016 podrían existir hasta 90 000 casos de personas con VIH-SIDA. Pero en el 2015 según la Dirección General de Epidemiología del Ministerio de Salud del Perú existían 33 535 casos de SIDA y 59 276 casos de VIH.

1.4.5 Carga Viral

La carga viral es la cantidad de virus de VIH presente en la sangre de una persona con el virus. El virus dentro del organismo de la persona para poder sobrevivir necesita replicarse continuamente, es por ello que el virus utiliza las células humanas, específicamente a las células que pertenecen al sistema inmune (linfocitos T CD4); para así poder manipular su código genético con la finalidad de que modifiquen su función habitual que es la defensa de nuestro cuerpo para que cumplan otra función que es la de realizar copias de virus de VIH.

La carga viral es medida por el número de copias del virus por mililitro de sangre (copias/ml). Según los criterios que utilizan en los ensayos clínicos si la carga viral está por debajo de 100 000 copias/ml se considera baja, pero si se encuentra por encima del rango de la cifra mencionada se considera alta. Otro de los parámetros importantes es que debido a la sensibilidad de las pruebas que son usadas para la detección utilizadas rutinariamente, es considerada carga viral indetectable si está por debajo de las 50 copias/ml.

Es así como se considera la carga viral como un valor indicativo de la capacidad que posee el virus de VIH para afectar y destruir el sistema inmune, dando a lugar a un riesgo significativo de la aparición de enfermedades oportunistas en la persona infectada. Es por ello que las personas infectadas que poseen una carga viral alta tienen una alta probabilidad de progresar rápidamente a SIDA a comparación de las personas con una carga viral baja.

1.4.6 Linfocitos T CD4

El sistema inmunológico cumple una función importante que es el proteger a nuestro organismo ante cualquier agresión de agentes extraños, como virus, bacterias o moléculas extrañas. Debido a que está constituido por diferentes moléculas, células, tejidos y órganos que están relación estrecha para ejercer esta función. Pero una de las células más importantes, son las células linfocitos T CD4 conocidas mayormente por CD4. El CD4 son células que se encargan de dirigir el ataque contra las infecciones. Es por ello que el VIH infecta a las células CD4 ya que el código genético del virus va a unirse a éstas, así cuando las células CD4 se multipliquen para que puedan combatir algún tipo de infección los virus a su vez también serán replicado.

La medición de los linfocitos CD4 se considera como uno de los valores indicativos debido a que los valores no ayudan en estadificar la infección, como referencia para iniciar la profilaxis y para poder monitorizar la respuesta ante el tratamiento antirretroviral. Para poder tener conocimiento del número de CD4 en nuestro organismo es necesario realizar un conteo de linfocitos T CD4 positivos que es medido por el examen de laboratorio llamado citometría de flujo.

La citometría de flujo es un método cuantitativo de análisis de células, núcleos, cromosomas, mitocondrias u otro particular que se encuentran en suspensión. Es uno de los métodos donde se puede obtener una información cuantitativa sobre la célula que se desea analizar para así poder identificar esta subpoblación en una muestra así estén en escasas.

Los valores normales de las células linfocitos CD4 de aquellas personas que no son portadoras del virus de VIH están dentro del rango de 800 a 1200 células CD4/mm³. A comparación de las personas que portan el VIH, ya que estas células van progresivamente disminuyendo hasta llegar o estar bajo las 200 células CD4/ml³.

Si la persona con VIH llega a estar dentro del parámetro mencionado, está entrando a una nueva fase denominada SIDA. Dando oportunidad a contraer o desarrollar infecciones oportunistas debido a que las defensas del sistema inmunológico son bajas.

1.4.7 Medios De Transmisión

El Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) está presente en sangre, semen, fluidos vaginales o leche materna de personas infectadas con el virus.

La transmisión de VIH tiene tres formas reconocidas; sexuales, sanguíneas y verticales o perinatales. La principal forma de transmisión es por la vía sexual. Constituye aproximadamente el 97 % de todos los casos de pacientes con VIH debido a las relaciones sexuales no protegidas, debido al contacto íntimo entre mucosas genitales, anales u orales de hombres o mujeres.

La transmisión vertical o también conocida como parenteral el cual se transmite de madre a hijo, durante el parto, gestación o durante la lactancia. Este constituye un 2 % de todos los casos de pacientes con VIH. Otro medio de transmisión es de forma parenteral el cual asocia la utilización de derivados de sangre y jeringas o agujas contaminadas con el VIH. Este medio corresponde al 1 % de todos los casos de pacientes con VIH.

1.4.8 Clasificación

El Centers for Disease Control and Prevention (1993) propusieron un nuevo sistema de clasificación después de la revisión a la clasificación propuesta en 1990 por la Organización Mundial de Salud (OMS) que se había basado en datos clínicos y de laboratorios. Utilizando el criterio clínico, así como el criterio analítico según las cifras de células CD4. En este nuevo sistema de clasificación se considera que el paciente está en fase SIDA cuando este posee un CD4 menor a 200 CD4 cel/mm³.

Categorías Clínicas del VIH

| CATEGORÍA CLÍNICA | | | |
|-------------------------------------|--|---------------------------------------|--|
| | A | B | C |
| Categoría de Linfocitos CD4+ | Infección Aguda, infección asintomática o LGP | Infección sintomática no A o C | Condiciones indicadoras de SIDA |
| (1)>500 cel/mm ³ | A1 | B1 | C1 |
| (2)200-499 cel/mm ³ | A2 | B2 | C2 |
| (3)< 200 cel/mm ³ | A3 | B3 | C3 |

Fuente: Centers for Disease Control and Prevention (CDC)

Según el criterio Clínico:

Grupo A: Infección aguda por VIH asintomática o linfadenopatía generalizada persistente.

Grupo B: Infección sintomática por VIH.

Grupo C: Presencia de enfermedades y trastornos que indican la enfermedad de SIDA.

Según el criterio analítico:

Categoría 1: Más de 500 CD4 cel/mm³

Categoría 2: Entre 200 – 500 CD4 cel/ mm³

Categoría 3: Menor de 200 CD4 cel/mm³

1.4.9 Diagnóstico

Los métodos más populares usados son los que se realizan por métodos serológicos. Estas pruebas analizan los anticuerpos específicos contra los antígenos virales, son el screening, la prueba de inmunosorción ligada a enzimas (ELISA) y de manera confirmatoria es usada la técnica de Western Blot. Según la Norma técnica de salud de atención integral del adulto con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) el paciente deberá realizarse de acuerdo a uno de los siguientes criterios:

Prueba rápida 1 reactiva + Prueba rápida 2 reactiva

Prueba de tamizaje reactiva + Prueba confirmatoria positiva

Prueba de tamizaje reactiva + Síntomas de enfermedades avanzadas (SIDA) Donde cabe resaltar que en las pruebas de tamizaje se considera la prueba rápida y el ELISA.

ELISA

Es una prueba presuntiva (Cribado o tamizaje). Esta prueba inmunosorción ligada a enzimas, es un método serológico donde está involucrado una reacción de antígeno (componente vírico) – anticuerpo (plasma del paciente) en el cual puede ser cualitativo en donde se espera ver un cambio de color a simple vista o por medio de un fotómetro o de forma cuantitativo en el cual usará el método de diluciones en el laboratorio.

Western Blot:

Es una prueba confirmatoria por infección de VIH. Esta prueba está fundamentada en la electroforesis de diferentes proteínas del virus, las cuales al ponerse en contacto con el plasma del paciente se incuban allí donde se determina enzimáticamente la presencia de anticuerpos en la muestra contra proteínas virales. Los resultados van a depender de la presencia de ciertas bandas que es así como se evidencia la presencia de anticuerpos.

1.4.10 Tratamiento

Actualmente no existe una cura para poder erradicar de manera definitiva el virus de VIH. Es por ello que la terapia para este tipo de enfermedad es una combinación de varios medicamentos antirretrovirales.

Conocida como TARGA cuyas siglas significa Terapia Antirretroviral de Gran Actividad, pero es muy importante recalcar que esta terapia con antirretrovirales debe ser de por vida, debido a que aún no se logra erradicar el virus del organismo; de esta manera se podrá mejorar y mantener la calidad de vida del paciente.

1.4.11 Terapia Antirretroviral De Gran Alcance

Está basada en una terapia donde se emplea tres o más medicamentos antirretrovirales, los cuales van a actuar en las diferentes fases del ciclo viral del VIH. Esta terapia tiene como finalidad suprimir al máximo la carga viral teniendo como meta llegar hasta los niveles (<50 copias cel/ml). De esta manera se podrá tener una recuperación inmunológica

de los pacientes con VIH-SIDA para así tener una mejora en la calidad de vida de estos pacientes.

Inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de los nucleósidos/nucleótidos: Cuyas siglas son ITIAN. Son aquellos medicamentos que interfieren en la segunda etapa del ciclo replicativo del VIH, inhibiendo competitivamente la transcriptasa inversa o impide que se añadan nuevos nucleótidos a la cadena de ADN durante el proceso de transcripción.

Inhibidores de la transcriptasa inversa no análogos de los nucleósidos: Cuyas siglas son ITINAN. Estos medicamentos actúan en la segunda etapa del ciclo replicativo del VIH, pero inhibiendo la transcriptasa inversa de manera no competitiva, ya que se unen a un punto del enzima distinto al de unión de los nucleótidos naturales.

Inhibidores de la proteasa: Conocida con las siglas IP. Estos medicamentos intervienen inhibiendo la proteasa vírica.

Inhibidores de la fusión/entrada: Cuyas siglas son IF. Los cuales impiden o dificultan la entrada del virus a la célula CD4+, al bloquear la unión del virus a los receptores localizados en la superficie de los linfocitos.

Esquema de tratamientos antirretrovirales en pacientes con VIH

| Esquema | |
|---|------------------|
| Tenofovir 300 mg + Lamivudina 150 mg + Efavirenz 600 mg | TNF+3TC+EFV |
| Abacavir 300 mg + Lamivudina 150 mg + Efavirenz 600 mg | ABC+3TC+EFV |
| Lamivudina 150 mg + Zidovudina 200 mg + Nevirapina 300 mg | DUOVIR-N |
| Lamivudina 150 mg + Zidovudina 200 mg + Efavirenz 600 mg | DUOVIR+ EFV |
| Abacavir 300 mg+Lamivudina 150 mg+ Atazanavir 300 mg + Ritonavir 100 mg | ABC+3TC+ATZ+RIT |
| Abacavir 300 mg+ Lamivudina 150 mg + Lopinavir + Ritonavir | ABC+3TC+ KALETRA |

Fuente: Esquema de terapias antirretrovirales del HSC.

1.4.12 Adherencia Terapéutica

La adherencia es el comportamiento que posee el paciente respecto al tratamiento. Esto depende del conocimiento que tiene el paciente respecto a la enfermedad, los hábitos en el estilo de vida, el tiempo que el paciente posee la enfermedad, así como las acciones que realiza respecto a su salud; ya que éstos son factores importantes que pueden significar un riesgo respecto a la salud del paciente (Varela, 2015).

La adherencia al tratamiento es uno de los determinantes más importantes en la efectividad del medicamento; más aún se puede decir que una adherencia subóptima tiene efecto de salud negativos, así como un impacto económico negativo. (McDonald et al. 2002)

Según la Organización Mundial de Salud afirma que general, se estima que en tratamientos crónicos la falta adherencia es frecuente y que tan solo un 50 % de los pacientes con enfermedades crónicas toma su medicación de forma correcta. (WHO 2003)

Estos comportamientos son muy importantes en la adherencia de un tratamiento largo como es en este caso en el tratamiento antirretroviral debido a que estos influyen directamente en la salud de estos. Por ejemplo, como el paciente toma los medicamentos según la prescripción médica quiere decir según su esquema TARGA específicamente, que tipos de medicamentos consume, la frecuencia de éstos, los horarios, el asistir a todas las consultas médicas, los controles de exámenes clínicos (CD4, Carga viral u otros exámenes clínicos), la alimentación y el tipo de vida que este lleva (Varela, Salazar y Correa, 2008)

1.4.13 Factores que Influyen en la Adherencia Terapéutica

Existen una variedad de clasificaciones de factores relacionados con la no adherencia. Según Metha, Moore y Graham (1997) se clasifican en tres grupos determinados:

Factores relacionados al paciente:

Factores sociodemográficos: Edad, sexo, situación económica, nivel cultural, domicilio, apoyo familiar, etc.

Factores psicológicos: Ansiedad, depresión, estrés.

Adicción activa a drogas y/o alcohol.

Actitudes y creencias de los pacientes.

Factores relacionados con la enfermedad:

Asintomática o sintomática, aceptación de la enfermedad, expectativas de vida.

Factores relacionados con el tratamiento:

Uno de los factores más preponderantes se debe a que gradualmente los esquemas de tratamiento antirretroviral se vuelven más complejo, debido a ello es difícil que se pueda cumplir el tratamiento correctamente.

La falta de adherencia en el tratamiento antirretroviral es frecuente debido a que muchos de los pacientes presentan reacciones adversas medicamentosas, a la mala tolerancia o a efectos adversos que el paciente presenta provocando una molestia y una discontinuidad en el tratamiento. (Schiller, 2004).

Factores relacionados con el sistema sanitario y el equipo asistencial:

Uno de los factores más importantes recae en la relación sólida y fluida del equipo asistencial con el paciente.

Según Amiko (2003) afirma que en los pacientes es frecuente los abandonos o interrupciones del tratamiento del paciente debido a problemas relacionados a los medicamentos.

1.4.14 Métodos de monitorización de la adherencia terapéutica

Es por ello que es esencial monitorizar la adherencia en pacientes con tratamientos crónicos, ya que de esta manera podremos detectar e intervenir a aquellos que no están cumpliendo para así poder corregirlo.

En la actualidad existen una variedad de métodos que ayudan respecto a la medición de la adherencia: Dispositivos electrónicos, registros de prescripción y dispensación, recuento de medicación sobrante, cuestionarios u diarios de los pacientes (Berg, 2006)

1.4.15 Test Simplified Medication Adherence Questionnaire (SMAQ)

Es una herramienta que fue desarrollado como una modificación del cuestionario Morisky-Green, el cual se desarrolló para medir la adherencia a tratamientos antirretrovirales en pacientes con síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). Este cuestionario está basado en una serie de preguntas previamente definidas, que conforman el cuestionario, para así poder valorar el grado de adherencia. Esta herramienta fue validada en una muestra de pacientes españoles en tratamiento con nelfinavir no potenciado entre 1998 y 1999.

El test consiste en seis preguntas, estos están regidos bajo el criterio de cumplimiento el cual detalla que es necesario obtener respuesta a todas las preguntas.

Un paciente se clasifica como no cumplidor si contesta cualquier respuesta en el sentido de no adherencia, y en cuanto a las preguntas de cuantificación,

cumplimiento según la respuesta: A, 95-100%; B, 85-94%; C, 65-84%; D, 30-64%, y E, menos del 30%.

1.4.16 Marco legal

En el Perú existen leyes, normas y decretos los cuales amparan y protegen la salud de todos los ciudadanos teniendo como objetivo el garantizar una mejor calidad de vida, así como la prevención y el amparo de ellos. Es por esa razón que nos basamos puntualmente en:

- ✚ **Ley N° 26626**, Ley que encarga al Ministerio de Salud la elaboración del Plan Nacional de Lucha contra el Virus de Inmunodeficiencia Humana, el SIDA y las enfermedades de transmisión sexual.

- ✚ **Ley N° 26842**, Ley General de Salud: Establece la forma de organización, las competencias y atribuciones de los servicios de salud; el cual tiene como objetivo proveer una mejor calidad de vida a las poblaciones, indistintamente de su condición económica, lo que conducirá a tener personas que se desarrollen con mejor calidad de vida, y de esa manera contribuir a tener un mejor país. En el artículo 33° indica que el químico farmacéutico es responsable de la dispensación y de la información y orientación al usuario sobre la administración, uso y dosis del producto farmacéutico, su interacción con otros medicamentos, sus reacciones adversas, así como las condiciones necesarias de conservación.

- ✚ **Ley N° 29592**, Ley de los Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos. Específicamente en el artículo 22° establece cumplir las Buenas Prácticas de Dispensación y las Buenas Prácticas de Seguimiento Farmacoterapéutico. Así como el artículo 32° que establece la obligación de cumplir con lo normado en las Buenas Prácticas de Dispensación y Seguimiento Farmacoterapéutico, los cuales conforman las Buenas Prácticas de Atención Farmacéutica.

- ✚ **Ley N° 28243**, Ley que amplía y modifica la Ley N° 26626 sobre el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y las Infecciones de Transmisión Sexual.

- ✚ **Ley N° 28173**, Ley del Trabajo del Químico Farmacéutico del Perú. Ley en el cual designa las disposiciones generales, funciones, deberes y derechos de los Químicos Farmacéuticos en el Perú, así como de la carrera profesional, de la modalidad de trabajo y las disposiciones complementarias y finales.

- ✚ **NTS N° 097 - MINSA/DGSP-V.02**, “Norma técnica de salud de atención integral del adulto con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)”, Norma que tiene como finalidad reducir la transmisión del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) en el Perú, a través del fortalecimiento de las intervenciones preventivas y la atención integral del adulto con

infección por VIH en los establecimientos de salud es por ello que tiene como objetivo estandarizar los procedimientos para la atención integral del adulto con infección por VIH en los servicios de salud a nivel nacional.

1.4.17 Atención integral del adulto con infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH):

Según la NTS N° 097- MINSA/DGSP-V.02 Tiene como finalidad reducir la trasmisión del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) en el Perú, a través del fortalecimiento de las intervenciones preventivas y la atención integral del adulto con infección por VIH en los establecimientos de salud. Así como tiene por objetivo general el de estandarizar los procedimientos para la atención integral del adulto con infección por VIH en los servicios de salud a nivel nacional.

Cabe resaltar que es necesario aclarar que la atención del adulto con diagnóstico de infección por VIH, debe estar a cargo del equipo multidisciplinario. Y que permite potenciar las diferentes capacidades de los profesionales del equipo para que así se pueda brindar una atención integral y de calidad para los pacientes con infección por VIH.

1.4.18 Organización del equipo multidisciplinario para la atención de pacientes con infección por VIH:

El equipo multidisciplinario estará constituido por personal de salud del establecimiento que brinda atención integral de adulto con infección por VIH. De acuerdo al nivel de complejidad del establecimiento y

disponibilidad de personal, se diferencian: equipo multidisciplinario básico y equipo multidisciplinario ampliado. En el cual tenemos dos tipos de equipos:

- **Equipo multidisciplinario básico:** se encarga de la atención de pacientes con VIH en el primer nivel de atención. Estará conformado por:

- Un médico.
- Un licenciado en enfermería o licenciado en obstetricia.
- Un químico-farmacéutico o técnico en farmacia.
- Un tecnólogo médico, biólogo o técnico de laboratorio.

- **Equipo multidisciplinario ampliado:** se encarga de la atención de pacientes con VIH a partir del segundo nivel de atención. Estará conformado por:

- Un médico especialista en enfermedades infecciosas o médico no especialista capacitado.
- Un licenciado en enfermería.
- Un licenciado en obstetricia.
- Un psicólogo.
- Un asistente social.

- Un químico-farmacéutico.
- Un tecnólogo médico o biólogo.
- Además, un ginecólogo, un pediatra, un nutricionista, y otros de acuerdo con el nivel de complejidad del establecimiento.

1.4.19 Rol del Químico – Farmacéutico en el Equipo Multidisciplinario:

- Dispensar y monitorizar la dispensación adecuada de los productos sanitarios indicados para la atención integral del paciente con infección por VIH.
- Verificar y controlar que la atención de las recetas de medicamentos prescritos se efectúe conforme al Reglamento de Establecimientos Farmacéuticos actualmente vigente.
- Solicitar, almacenar, custodiar, dispensar y controlar los antirretrovirales y otros productos sanitarios indicados para la atención integral del paciente con infección por VIH.
- Supervisar que las condiciones de almacenamiento de los productos farmacéuticos, dispositivos médicos o productos sanitarios utilizados en la atención de pacientes con VIH garanticen su conservación, estabilidad y calidad.
- Identificar y notificar las sospechas de RAM a medicamentos antirretrovirales e IADM graves. En caso de las RAM o IADM graves debe enviar un informe de investigación en los plazos establecidos y en los formatos autorizados.

- Recopilar y validar todas las notificaciones de RAM o IADM, registradas en la base de datos. Asimismo, debe enviar las notificaciones a la DISA/DIRESA/GERESA en los plazos establecidos y en los formatos autorizados.
- Brindar seguimiento farmacoterapéutico a los pacientes con infección por VIH con el objetivo de optimizar la adherencia terapéutica y evaluación exhaustiva de las condiciones de uso
- Cumplir las buenas prácticas de almacenamiento, dispensación, seguimiento farmacoterapéutico y farmacovigilancia, y de ser el caso la distribución y transporte de los productos farmacéuticos, dispositivos médicos o productos sanitarios utilizados en la atención de pacientes con VIH.
- Elaborar y presentar trimestralmente el requerimiento de medicamentos antirretrovirales e insumos médicos de acuerdo a los formatos y periodos establecidos por la Dirección de Abastecimiento de Recursos Estratégicos en Salud, en coordinación con la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de ITS VIH/SIDA (ES PC ITS VIH/SIDA) del nivel local o regional, según corresponda.

1.4.20 Atención Farmacéutica

La atención farmacéutica es un servicio que se presta a nivel individual definiéndola como: “La atención que un paciente dado requiere y recibe para asegurarle el uso seguro y razonable de medicamentos” (Mikeal, Brow, Lazarus, & Vinsun, 1975)

Hepler y Strand (1990) afirman que la Atención Farmacéutica es el seguimiento con carácter responsable durante el tratamiento farmacológico del paciente con el objetivo de alcanzar resultados específicos, el cual mejoren la calidad de vida de este. En donde el profesional Químico Farmacéuticos colabora con el paciente y con otros profesionales de la salud por medio del diseño, realización y la monitorización de un plan terapéutico en el cual nos va a permitir obtener resultados terapéuticos específicos para el paciente.

Faus y Martínez (1999) refieren que la Atención Farmacéutica es un concepto de práctica profesional en el que el paciente es el principal beneficiario de las acciones del farmacéutico.

En 1993, en la ciudad de Tokio, la Organización Mundial de Salud (OMS) define la Atención Farmacéutica como: un compendio de actitudes, comportamientos, compromisos, inquietudes, valores éticos, funciones, conocimientos, responsabilidades y destrezas del farmacéutico en la prestación de la farmacoterapia, con objeto de lograr resultados terapéuticos definidos en la salud y la calidad de vida del paciente

1.4.21 Intervención Educativa

La intervención educativa es la acción intencional para la realización de acciones que conducen al logro del desarrollo integral del educando. La intervención educativa tiene carácter teleológico: existe un sujeto agente (educando-educador) existe el lenguaje propositivo (se realiza una acción para lograr algo), se

actúa en orden a lograr un acontecimiento futuro (la meta) y los acontecimientos se vinculan intencionalmente.

La intervención educativa se realiza mediante procesos de autoeducación y heteroeducación, ya sean estos formales, no formales o informales. La intervención educativa exige respetar la condición de agente en el educando. La acción (cambio de estado que un sujeto hace que acaezca) del educador debe dar lugar a una acción del educando (que no tiene que ser intencionalmente educativa) y no sólo a un acontecimiento (cambios de estado que acaecen a un sujeto en una ocasión), tal como corresponde al análisis de procesos formales, no formales e informales de intervención (Tourrián, 1996).

1.4.21.1 Intervenciones para Mejorar la Adherencia Terapéutica

El equipo multidisciplinario tiene como responsabilidad realizar el seguimiento a los pacientes con tratamiento antirretroviral así mismo intervenir si es necesario para lo cual es necesario monitorizar y comunicar al médico los datos de la adherencia y dar soluciones orientadas e este de forma individualizada. Uno de los pilares debe de ser el detectar y corregir los factores que pueden influir en la adherencia para así evitar los fracasos de esquema y la morbilidad farmacoterapéutica. (WHO, 2003).

1.5 Hipótesis

1.5.1 Hipótesis nula

La intervención educativa a pacientes con VIH no mejora la adherencia al tratamiento antirretroviral en el Centro de Excelencia Médica “Hogar San Camilo” – Lima, 2017.

1.5.2 Hipótesis alternativa

La intervención educativa en pacientes con VIH mejora la adherencia al tratamiento antirretroviral en el Centro de Excelencia Médica “Hogar San Camilo” – Lima, 2017.

1.6 Objetivos

1.6.1 Objetivo general

Determinar el efecto de una intervención educativa a pacientes con VIH para el mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral en el Centro de Excelencia Médica “Hogar San Camilo” – Lima, 2017.

1.6.2 Objetivos específicos

- Evaluar la adherencia terapéutica mediante el test SMAQ antes de la intervención educativa a pacientes con VIH para el mejorar la

adherencia al tratamiento antirretroviral en el Centro de Excelencia Médica “Hogar San Camilo” – Lima, 2017.

- Planificar y ejecutar una intervención educativamente a pacientes con VIH para el mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral en el Centro de Excelencia Médica “Hogar San Camilo” – Lima, 2017.

- Evaluar la adherencia terapéutica mediante el test SMAQ después de la intervención educativa a pacientes con VIH para el mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral en el Centro de Excelencia Médica “Hogar San Camilo” – Lima, 2017.

II. METODOLOGÍA

2.1 Tipo y diseño de investigación

2.1.1 Tipo

Cuantitativa, prospectiva, longitudinal, no experimental.

2.1.2 Diseño

El presente trabajo de investigación corresponde a un estudio de tipo longitudinal de evolución de grupo: Este diseño monitorizará los cambios que ocurren en una determinada población o subpoblación a través del tiempo.

2.2 Conceptuación y operacionalización de las variables

2.2.1 Variables:

2.2.1.1 Variable independiente: Intervención educativa a pacientes con VIH

2.2.1.2 Variable dependiente: Adherencia terapéutica al tratamiento antirretroviral en el Centro de Excelencia Médica “Hogar San Camilo” – Lima, 2017.

2.2.2 Tiempo en que se ejecutará el proyecto:

Inicio: Julio, 2017.

Termino: Noviembre, 2017.

2.2.2 Lugar donde se ejecutará el proyecto:

Centro de Excelencia Médica “Hogar San Camilo” – Lima.

2.3 Población y muestra

2.3.1 Población

El tamaño del universo se determinó teniendo como referente la información brindada por el área de enfermería del Centro de Excelencia Médica “Hogar San Camilo”, teniendo como referencia el número de pacientes con VIH que fueron atendidos hasta el mes de junio de 2017, el cual corresponde a 437 pacientes.

Total de pacientes VIH atendidos en el Centro de Excelencia Médica “Hogar San Camilo – Lima, 2017

| Características de la población | Tratamiento cada meses | No cumplen (Ver Criterio de Exclusión) | Total |
|---------------------------------|------------------------------|--|-------|
| | | 2 | |
| Pacientes menores de 18 años | 10 | 40 | 50 |
| Pacientes mayores de 70 años | 5 | 35 | 40 |
| Pacientes entre 18 y 70 años | 55 | 292 | 347 |
| TOTAL | 70 | 367 | 437 |

Fuente: Área de enfermería del Centro de Excelencia Médica “Hogar San Camilo”

2.3.2 Muestra

Para la estimación del tamaño muestral (n), se aplicó los siguientes criterios:

n = tamaño de muestra

N = total de la población (55 pacientes)

$Z_{1-\alpha/2}$ = valor de confianza (1.96)

p = proporción esperada (50%)

q = 1 – p (50%)

d = error (5%)

Se obtuvo luego del cálculo un tamaño muestral de: n= 48

Luego se aplicó la fórmula:

$$n = \frac{N * Z_{1-\alpha/2}^2 * p * q}{d^2(N - 1) + Z_{1-\alpha/2}^2 * p * q}$$
$$n = \frac{55 * 1.96^2 * 0.5 * 0.5}{0.05^2(55 - 1) + 1.96^2 * 0.5 * 0.5} = 48$$

El tamaño muestral es de 48 pacientes con VIH del Centro de Excelencia Médica “Hogar San Camilo”

2.3.3 Criterios de inclusión y exclusión:

Criterio de Inclusión:

- Pacientes con VIH que reciben tratamiento antirretroviral en el Centro de Excelencia Médica “Hogar San Camilo” cada dos meses.
- Hombres o mujeres mayores de edad hasta los 70 años.

Criterio de Exclusión:

- Pacientes que no acepten firmar el consentimiento informado para formar parte del estudio.
- Pacientes que inicien el tratamiento antirretroviral.
- Pacientes que reinicien un nuevo esquema de tratamiento antirretroviral.
- Pacientes que reciban el tratamiento por tres meses en el Centro de Excelencia Médica “Hogar San Camilo”.
- Pacientes que no asistan a la cita programada.
- Pacientes mujeres embarazadas.
- Pacientes que tengan otras enfermedades ajenas a VIH – SIDA.

2.4 Técnicas e instrumentos de investigación

2.4.1 Técnicas de investigación:

2.4.1.1 Revisión documentaria:

Por medio de coordinaciones pertinentes con la Gerencia del Centro de Excelencia Médica “Hogar San Camilo” se obtuvo el permiso para poder obtener archivos, historias clínicas, registros y documentación necesaria de los pacientes con VIH que son atendidos diariamente así mismo la autorización para poder entrevistar y realizar el estudio a aquellos pacientes que cumplan los criterios de inclusión.

2.4.1.2 Entrevista

Es una técnica en el cual se entabla un dialogo profesional entre el entrevistado y el entrevistador para que así de esa manera podamos obtener la información necesaria de los pacientes, asimismo poder evaluar el nivel de conocimientos de la enfermedad, esquemas y dudas para este proceso se utilizarán los formato.

2.4.2 Instrumentos de investigación

Ficha de Consentimiento Informado: Documento en el cual el paciente acepta formar parte del estudio garantizando la confidencialidad (Anexo1).

Ficha Formato de Entrevista: Documento de diseño en el cual se obtendrán los datos personales del paciente, así como datos respecto a la enfermedad de este. (Anexo 2).

Ficha de Evaluación de la Adherencia terapéutica: Documento basado en el test de Cumplimiento (The Medication Adherence Questionnaire) (Anexo 3). Se aplica este cuestionario en ambas etapas del estudio. El test SMAQ es un cuestionario validado en la población española, esta herramienta contiene 6 preguntas en las cuales se evalúan la adherencia al tratamiento antirretroviral en la última semana, adherencia general desde el inicio de su tratamiento, la adherencia al horario en la toma de su medicación, la valoración del grado de adherencia.

Trípticos: Afiches en el cual contienen información acerca del virus, información acerca del tratamiento antirretroviral, así como de la adherencia a éste. (Anexo 4 Y Anexo 5)

Ficha de Recordatorio de Horario de Medicamentos: Ficha mediante el la cual realizamos la evaluación los horarios y nombres de los medicamentos que el paciente toma, así como identificar dudas acerca de éste. (Anexo 6)

2.5 Procesamiento y análisis de la información:

La información fue recopilada por medio de los formatos establecidos en el proyecto, de esa manera se obtuvo los datos necesarios para procesar la información.

Esta información se analizó mediante el software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), en el cual se detalló los parámetros que se consideraron en los formatos aplicados ambas etapas del estudio; de esa manera los datos fueron analizados, con el objetivo de determinar el efecto de una intervención educativa en pacientes VIH para el mejoramiento de la adherencia terapéutica en el tratamiento antirretroviral en el Centro de Excelencia Médica “Hogar San Camilo”

La presente investigación se desarrolló en dos etapas:

ETAPA 1: Esta fase se desarrolló en un lapso de tiempo aproximado de 40 minutos por cada paciente en la primera cita. Especificando que esta etapa abarcó los siguientes pasos:

- **Oferta del servicio de una intervención educativa:** Se ofertó a aquellos pacientes con VIH que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión. Si el paciente aceptaba formar parte del estudio, debían de firmar el Consentimiento Informado.(Anexo 1).
- **Entrevista farmacéutica:** En este paso se obtuvo la información necesaria por medio del paciente, de la receta y de la historia clínica. (Anexo 2).

- **Estado de la Situación:** En esta etapa se evaluó la farmacoterapia del paciente, se indagó si el paciente manifiesta molestias respecto al esquema que está manejando.
- **Estudio:** Esta etapa se evaluó el grado de conocimiento que posee el paciente con VIH. Durante este paso nos aseguramos de:

Evaluar el conocimiento que posee acerca:

La enfermedad.

- Tratamiento.
 - Alimentos y/o medicamentos que están restringidos.
 - Estilo de Vida.
- **Evaluación:** Se tomó a cada paciente el test de Cumplimiento (The Medication Adherence Questionnaire) para poder medir la adherencia terapéutica respecto al tratamiento antirretroviral. (Anexo 3).
 - **Intervención Educativa:** El paciente recibió charlas respecto a la necesidad que corresponda por medio de los trípticos, se despejó dudas del paciente y/o reforzó la información. (Anexo 4 y 5). Asimismo se educó al paciente respecto a la terapéutica que está recibiendo. (Anexo 6).

ETAPA 2: En esta fase de estudio se desarrolló en la segunda cita aproximadamente de 20 – 30 minutos según sea la necesidad del paciente.

Resultado de la Segunda evaluación: En la segunda visita el paciente se le evaluó por 2 vez con el test de Cumplimiento (The Medication Adherence Questionnaire) (Anexo 3). De esa manera podremos obtener mayor información respecto al tratamiento antirretroviral. Es importante reforzar la información al paciente, así como brindar las recomendaciones necesarias.

III. RESULTADOS

Las tablas y gráficas que a continuación se observan resumen los datos obtenidos durante el estudio de la intervención educativa en pacientes con VIH para mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral en el Centro de Excelencia Médica “Hogar San Camilo”.

Tabla N° 01: *Total pacientes con VIH que participaron en el programa de intervención educativa ante la adherencia terapéutica en el tratamiento antirretroviral en el Centro de Excelencia Médica “Hogar San Camilo”- Lima, 2017*

| Sexo | Cantidad | % |
|-----------|----------|-------|
| Femenino | 16 | 33.33 |
| Masculino | 32 | 66.67 |

Fuente: Elaboración Propia

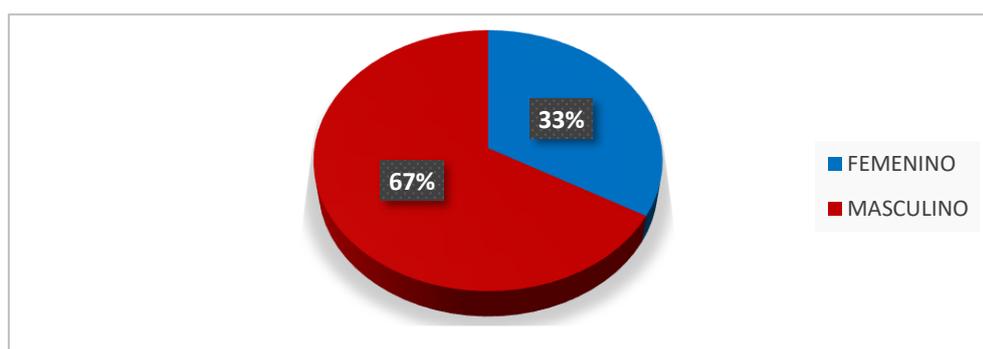


Figura N° 1: *Total de pacientes con VIH que participaron del estudio en el Centro de Excelencia Médica “Hogar San Camilo” – Lima, 2017 en función del sexo.*

Fuente: Elaboración propia.

Tabla N° 02 : Puntajes, niveles y rango de adherencia terapéutica en los pacientes VIH en el tratamiento antirretroviral en el Centro de Excelencia Médica “Hogar San Camilo” – Lima, 2017.

| PRE | | | POS | | |
|---------------|-------|---------|---------------|-------|---------|
| % de Adhesión | Nivel | Rango | % de Adhesión | Nivel | Rango |
| 75 | C | 65-84% | 75 | C | 65-84% |
| 25 | E | <30% | 100 | A | 95-100% |
| 0 | E | <30% | 75 | C | 65-84% |
| 75 | C | 65-84% | 100 | A | 95-100% |
| 75 | C | 65-84% | 100 | A | 95-100% |
| 75 | C | 65-84% | 100 | A | 95-100% |
| 100 | A | 95-100% | 100 | A | 95-100% |
| 75 | C | 65-84% | 100 | A | 95-100% |
| 75 | C | 65-84% | 100 | A | 95-100% |
| 100 | A | 95-100% | 75 | C | 65-84% |
| 50 | D | 30-64% | 100 | A | 95-100% |
| 75 | C | 65-84% | 100 | A | 95-100% |
| 50 | D | 30-64% | 100 | A | 95-100% |
| 75 | C | 65-84% | 75 | C | 65-84% |
| 100 | A | 95-100% | 100 | A | 95-100% |
| 75 | C | 65-84% | 100 | A | 95-100% |
| 50 | D | 30-64% | 100 | A | 95-100% |
| 50 | D | 30-64% | 100 | A | 95-100% |
| 50 | D | 30-64% | 100 | A | 95-100% |
| 75 | C | 65-84% | 100 | A | 95-100% |
| 50 | D | 30-64% | 50 | D | 30-64% |
| 50 | D | 30-64% | 100 | A | 95-100% |
| 75 | C | 65-84% | 100 | A | 95-100% |
| 50 | D | 30-64% | 100 | A | 95-100% |
| 50 | D | 30-64% | 100 | A | 95-100% |
| 75 | C | 65-84% | 100 | A | 95-100% |

| | | | | | |
|-----|---|---------|-----|---|---------|
| 100 | A | 95-100% | 100 | A | 95-100% |
| 50 | D | 30-64% | 100 | A | 95-100% |
| 25 | E | <30% | 75 | C | 65-84% |
| 75 | C | 65-84% | 100 | A | 95-100% |
| 25 | E | <30% | 100 | A | 95-100% |
| 75 | C | 65-84% | 100 | A | 95-100% |
| 50 | D | 30-64% | 75 | C | 65-84% |
| 75 | C | 65-84% | 100 | A | 95-100% |
| 25 | E | <30% | 100 | A | 95-100% |
| 25 | E | <30% | 75 | C | 65-84% |
| 50 | D | 30-64% | 100 | A | 95-100% |
| 50 | D | 30-64% | 100 | A | 95-100% |
| 50 | D | 30-64% | 100 | A | 95-100% |
| 50 | D | 30-64% | 100 | A | 95-100% |
| 50 | D | 30-64% | 100 | A | 95-100% |
| 75 | C | 65-84% | 100 | A | 95-100% |
| 100 | A | 95-100% | 100 | A | 95-100% |
| 50 | D | 30-64% | 100 | A | 95-100% |
| 75 | C | 65-84% | 75 | C | 65-84% |
| 75 | C | 65-84% | 100 | A | 95-100% |
| 25 | E | <30% | 75 | C | 65-84% |
| 75 | C | 65-84% | 100 | A | 95-100% |

Fuente: Test de cumplimiento *SMA Q (The Medication Adherence Questionnaire)*

Tabla N° 03: Consolidado de Puntajes, niveles y rango de adherencia terapéutica en el tratamiento antirretroviral a pacientes con VIH en el Centro de Excelencia Médica “Hogar San Camilo” – Lima, 2017.

| NIVELES DE ADHESION | | PRE | | POS | |
|---------------------|---------|-----|------|-----|------|
| | | N | % | n | % |
| A | 95-100% | 5 | 10% | 38 | 79% |
| B | 85-94% | 0 | 0% | 0 | 0% |
| C | 65-84% | 19 | 40% | 9 | 19% |
| D | 30-64% | 17 | 35% | 1 | 2% |
| E | <30% | 7 | 15% | 0 | 0% |
| TOTAL | | 48 | 100% | 48 | 100% |

Fuente: Test de cumplimiento SMAQ (*The Medication Adherence Questionnaire*)

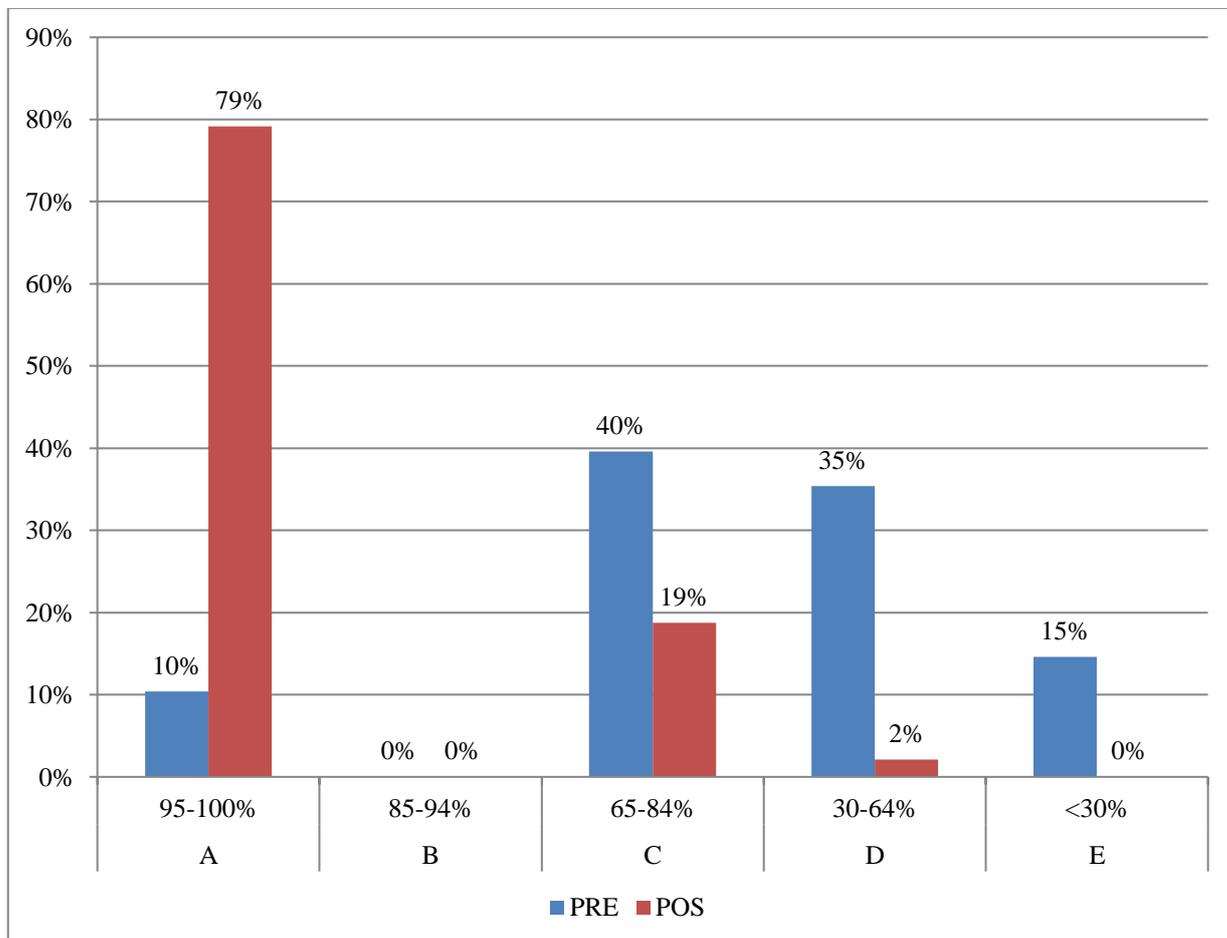


Figura N° 02: Consolidado de Puntajes, niveles y rango de adherencia al tratamiento antirretroviral a los pacientes con VIH en el Centro de Excelencia Médica “Hogar San Camilo” – Lima, 2017.

Fuente: *Test de cumplimiento SMAQ (The Medication Adherence Questionnaire)*

Tabla N° 7: Estadísticos de los tiempos de evaluación antes y después de aplicar la intervención educativa ante la adherencia terapéutica en el tratamiento antirretroviral a los pacientes con VIH en el Centro de Excelencia Médica “Hogar San Camilo” – Lima, 2017.

| Estadísticos de muestras relacionadas | | | | | | | | |
|---------------------------------------|-------|-----------------|------------------------|---|----------|-------|----|------------------|
| Tiempo de evaluación | Media | N | Desviación típ. | Coef. Variación | | | | |
| Pos | 94.27 | 48 | 11.80 | 12.52 | | | | |
| Pre | 60.94 | 48 | 23.00 | 37.76 | | | | |
| Diferencias relacionadas | | | | | | | | |
| Prueba de comparación | Media | Desviación típ. | Error típ. de la media | 95% Intervalo de confianza para la diferencia | | t | Gl | Sig. (bilateral) |
| | | | | Inferior | Superior | | | |
| $H_0: \mu_{pos} \leq \mu_{pre}$ | 33.33 | 23.254 | 3.356 | 26.580 | 40.085 | 9.931 | 47 | .000 |
| $H_1: \mu_{pos} > \mu_{pre}$ | | | | | | | | |

Fuente: Test Aplicado

IV. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

ANÁLISIS

Durante la etapa de captación de pacientes se invitó a participar a 70 personas, quedando seleccionados para formar parte del programa un total de 55 pacientes los cuales cumplían los criterios de inclusión y exclusión. En la Etapa 1 no se presentó ningún inconveniente en contraste a la Etapa 2 que 5 pacientes no asistieron a la cita pautada y 2 pacientes enviaron a sus familiares a recoger el medicamento es por ello que fueron descartados del estudio 7 pacientes. Por lo tanto, el número de paciente con el que se finalizó el estudio fue de 48 personas. En la Tabla N°01 y Grafico N°01 observamos que el total de pacientes del estudio el 67% correspondió al sexo masculino.

En la Tabla N° 02, Tabla N° 03 y gráfico N° 02, observamos que, antes de aplicar la intervención educativa, el 10% de los pacientes tiene entre 95-100% de adherencia al tratamiento antirretroviral posicionándose en un nivel A, el 40% se encuentra entre un 65-84% con posición C, el 35% entre un 30 – 64% con un posicionamiento D y el 15% menos del 30% de adherencia con nivel E. Por otro lado, luego de aplicar la intervención educativa se evidenciaron cambio en los niveles de adherencia, así tenemos que el 79% mostro un nivel de adherencia entre 95-100% con un nivel de posicionamiento de A, el 19% entre 65 – 84% con un nivel C y el 2% entre un 30 – 64% con nivel D; no observándose niveles de adherencia menores al 30% (E).

En tabla N° 04 podemos detallar lo siguiente: En la etapa del Pre test el porcentaje promedio de adherencia al tratamiento antirretroviral en el Centro de Excelencia Médica “Hogar San Camilo” es de 60.94% con una desviación estándar de 23.00% y una dispersión del 37.76% considerándose heterogénea; valores indicados antes

de aplicar la intervención. Mientras que en la etapa del Pos test, el porcentaje promedio de adherencia al tratamiento antirretroviral fue de 94.27% con una desviación estándar de 11.80% y una dispersión del 12.52% considerándose homogénea; valores indicados después de aplicar la intervención.

Es importante resaltar que en el análisis del Pos – Pre como se observa luego de aplicar la intervención educativa el promedio aumento en un 33.33%, la desviación estándar disminuyó en 11.20% y la dispersión de sus porcentajes se uniformizo al disminuir en un 25.24%.

En la comparación de puntajes promedio en la mejora de la adherencia al tratamiento antirretroviral se reflejó superioridad significativa del promedio luego de la intervención educativa (94.27) respecto al promedio antes de la intervención (60.94), diferencia justificada mediante la Prueba T – Student, al obtener una probabilidad de significancia ($p = 0,000$ menor que el nivel de significancia = 0,05). Esto significa que la intervención educativa ante la adherencia terapéutica en el tratamiento antirretroviral es significativa para incrementar la adherencia al tratamiento con niveles de confianza del 95%.

DISCUSIÓN

Debido a no existir registro alguno de una atención farmacéutica personalizada para pacientes con VIH se planificó y ejecutó este programa, en el cual se realizó una intervención educativa, permitiendo a los pacientes que formaron parte del estudio en el Centro de Excelencia Médica “Hogar San Camilo” puedan mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral. En la presente investigación se observa que los pacientes con VIH que recibieron una intervención educativa mejoró en el promedio en un 33.33% la adherencia terapéutica en el tratamiento antirretroviral en el Centro de Excelencia Médica “Hogar San Camilo”, debido a que en la etapa del Pre test el porcentaje promedio de adherencia terapéutica los pacientes con VIH fue de 60.94% con una desviación estándar de 23.00% y una dispersión del 37.76% considerándose heterogénea; valores indicados antes de aplicar la intervención mientras que en la etapa del Pos test, el porcentaje promedio de adherencia terapéutica en el tratamiento antirretroviral fue de 94.27% con una desviación estándar de 11.80% y una dispersión del 12.52% considerándose homogénea; valores indicados después de aplicar la intervención.

Estos datos concuerdan con los siguientes trabajos de investigación donde señalan:

Bernabé (España, 2014) en su investigación titulada Intervención educativa para mejorar la adherencia de los pacientes que usan antibióticos durante la dispensación en una oficina de farmacia en la ciudad de Murcia durante un periodo de ocho meses (enero- agosto de 2010). En el cual se realizó la intervención a 126 pacientes que fueron atendidos en la oficina de farmacia: 62 en el grupo control (GC) y 64 en el Grupo Intervención (GI). No existiendo diferencia entre ambos grupos respecto a las características basales, incluyendo el nivel de conocimientos previo a la intervención. Concluyendo que este estudio, el grupo control tuvo una adherencia del 48,4 % frente al 67,2 % del Grupo Intervención, siendo esta una diferencia del 18.8% logra aumentar la adherencia al tratamiento antibiótico en

comparación con la atención habitual, asimismo se pudieron resolver algunas las causas que ocasionan el incumplimiento del tratamiento antibiótico.

Ibarra (España, 2015) realizó la investigación titulada Adherencia Longitudinal al Tratamiento en una cohorte de pacientes con infección por VIH en el Hospital Galdakao- Usansolo durante el periodo 2000- 2013 en la ciudad de Vitoria – España. Concluyendo que tras aplicar el programa intensivo de 6 sesiones se apreció que la adherencia al basal aumentaba significativamente en el grupo de intervención respecto al grupo control y que esa diferencia se mantenía a los 3 años, contribuyendo que una de las grandes limitaciones de las intervenciones se debe a que normalmente solo se realizan en los inicios o cambios de tratamiento con una duración limitado con lo que se pierde la adherencia con el pasar del tiempo.

En los resultados obtenidos se puede determinar que existe una falta de adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH en el Centro de Excelencia Médica “Hogar San Camilo” debido a muchas razones; principalmente por razones sociodemográficos ya que un alto porcentaje viven en pobreza o pobreza extrema, recurriendo a vender estos medicamentos por necesidad para luego retornar al establecimiento de salud y de esa manera poder solicitar medicamentos aduciendo que fueron asaltados o extraviados en reiteradas ocasiones.

Otra razón que predomina en los pacientes con VIH del Centro de Excelencia Médica “Hogar San Camilo” son los estigmas sociales debido a que ellos evitan dar a conocer su enfermedad a su entorno; por esa razón esconden sus medicamentos muchas veces en frascos de vitaminas, olvidando tomarlos o por vergüenza evitan consumirlas delante de otras personas por miedo a ser juzgadas y discriminadas. Siendo un limitante en la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH en el Centro de Excelencia Médica “Hogar San Camilo” ya que posteriormente pueden sufrir problemas psicológicos muchas veces

presentando depresión por ende el abandono y/o fracaso de los esquemas de tratamiento antirretrovirales.

Estos datos concuerdan con la investigación donde señala según:

Aguilar (Ecuador, 2014) en su tesis “Implementación de un programa de atención farmacéutica en pacientes con enfermedades recurrentes (diabetes, hipertensión e hipotiroidismo) en el área de consulta externa del Hospital IESS Riobamba en el periodo octubre – enero 2014” que solo se llevó a cabo un fortalecimiento a la adherencia del tratamiento, debido a las limitaciones encontradas, los pacientes aceptaron de forma voluntaria ser intervenidos, siendo completada cada uno de los parámetros de estudio. Esto permitió contribuir en el conocimiento del paciente a cerca del uso correcto de los medicamentos, lo que se vio reflejado en la adherencia a su tratamiento y la franca mejora en su salud. El fortalecimiento a la adherencia del tratamiento, apporto de forma positiva en el conocimiento de los pacientes a cerca dar un seguimiento a su tratamiento, uso correcto de medicamentos y la mejora continua en su salud.

El químico farmacéutico desempeña un rol importante dentro del equipo multidisciplinario, cabe resaltar que en la actualidad no ejercemos esta función de una forma adecuada. Es elemental recalcar que el químico farmacéutico cumple un rol importante en el seguimiento farmacoterapéutico (SFT) de pacientes con VIH/SIDA, es una labor compleja ya que esta población tiende a ser muy difícil establecer una adecuada comunicación ya que prefieren mantener el anonimato debido a los prejuicios existentes en la sociedad. Otra de las razones es que al tener este tipo de enfermedad; ellos tienen un tratamiento variado de medicamentos los cuales pueden ocasionar una inadecuada adherencia al tratamiento antirretroviral.

Coincidiendo con el estudio de Aguilar (Ecuador, 2014) en su tesis “Implementación de un programa de atención farmacéutica en pacientes con enfermedades recurrentes (diabetes, hipertensión e hipotiroidismo) en el área de

consulta externa del Hospital IESS Riobamba en el periodo octubre – enero 2014” permitió recalcar la importancia del profesional Bioquímico Farmacéutico en el área de Farmacia.

Otro punto importante es la falta de información que posee el paciente de la enfermedad y del tratamiento antirretroviral, la gran mayoría solo saben que tienen la enfermedad pero desconocen otros datos importantes como el cuidado que debe de tener, la alimentación, los hábitos nocivos que deben evitar; de igual manera en el tratamiento antirretroviral, muchas veces ellos no saben que medicamento están tomando, solo los reconocen por el color de la pastilla ocasionando un gran problema cuando hay un cambio de laboratorio en los medicamentos ya que muchas veces confunden las pastillas y tienden a alterar su tratamiento antirretroviral duplicando la dosis u olvidando algunas perjudicando así su adherencia y muchas veces su calidad de vida.

Aseverando según la bibliografía de Lamonte (2014) afirma que el personal de la salud debe mantener constante interés y motivación para incorporar los conocimientos actuales sobre esta enfermedad, para brindar a los pacientes una mejor atención de forma integral y evitar las lamentables e injustificables reacciones de rechazo hacia las personas que portan el virus.

La intervención educativa para pacientes con VIH mejoró en el cumplimiento de la terapia antirretroviral ya que se les brindo más información respecto a la importancia del tratamiento antirretroviral, así como la mejora de su calidad de vida. Es importante recalcar que los pacientes nos brindaron su confianza al formar parte de este estudio, al poder ser sinceros ante las preguntas que se les realizó, así como en poder escuchar sus dudas y preocupaciones.

V. CONCLUSIONES

Se evaluó la adherencia mediante el Test SMAQ antes de la intervención educativa a pacientes con VIH para mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral en el Centro de Excelencia Médica “Hogar San Camilo” – Lima, 2017.

Se planificó y ejecutó una intervención educativa a pacientes con VIH para mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral en el Centro de Excelencia Médica “Hogar San Camilo” – Lima, 2017.

Se evaluó la adherencia mediante el Test SMAQ después de la intervención educativa a pacientes con VIH para mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral en el Centro de Excelencia Médica “Hogar San Camilo” – Lima, 2017.

Se determinó el efecto de una intervención educativa a pacientes con VIH para mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral en el Centro de Excelencia Médica “Hogar San Camilo” – Lima, 2017. Encontrando que luego de aplicar la intervención educativa el promedio aumento en un 33.33%, la desviación estándar disminuyó en 11.20% y la dispersión de sus porcentajes se uniformizó al disminuir en un 25.24%.

VI. RECOMENDACIONES

Se recomienda implementar y ejecutar intervenciones educativas periódicamente a los pacientes con VIH, ya que es de vital importancia que los pacientes puedan recibir este servicio; así podremos detectar, prevenir y resolver los dudas, educar, orientar y asimismo mejorar la adherencia en la terapia antirretroviral, de esa manera estaremos reforzando la información que posee el paciente de la enfermedad y de los medicamentos.

En la actualidad el Químico Farmacéutico no posee ante la sociedad del Perú la importancia debida en el equipo multidisciplinario a pesar de ser una de las piezas fundamentales, por lo que es necesario que el químico farmacéutico pueda ejercer esta función en el área clínica de esta institución, ya que ayudará en la mejora de la salud del paciente específicamente en la farmacoterapia por ende en la calidad de vida de éste mediante el uso seguro y razonable de los medicamentos.

Es importante que el equipo multidisciplinario mantenga una comunicación conjunta, así como un trabajo continuo para así poder brindar una mejor atención y brindar mayor orientación en la terapia antirretroviral en los diferentes servicios del Centro de Excelencia Médica “Hogar San Camilo”.

Se recomienda tener una monitorización de los pacientes con VIH, ya que se detectó que en algunas oportunidades son los familiares que reciben los medicamentos, dificultando así un seguimiento personalizado del paciente.

Se recomienda continuar con la aplicación de esta intervención educativa para poder seguir mejorando la adherencia al tratamiento antirretroviral en

pacientes con VIH en el Centro de Excelencia Médica “Hogar San Camilo”.

VII. AGRADECIMIENTO

A Dios, quien me guió y me dio las fuerzas en cada etapa de mi vida, así como el criterio correcto y sabiduría en este nuevo reto de mi etapa profesional.

A mis padres, Ana y Adán, gracias a ellos aprendí que en nuestras manos está el rumbo de nuestra vida; a pesar de las adversidades con esfuerzo y sacrificio se obtienen grandes victorias, y que nunca me conforme hasta que lo bueno sea mejor y lo mejor, excelente.

A mi abuela, quien desde pequeña me enseñó a amar y servir al prójimo sin esperar nada a cambio. Gracias a ella empezó mi admiración y respeto por la naturaleza y sus grandes propiedades curativas.

Al Hogar San Camilo que me abrió las puertas y me permitió ver la vida desde otra perspectiva, con una perspectiva llena de amor, paciencia y dedicación hacia las personas con VIH – SIDA.

A los pacientes del Centro de Excelencia Médica “Hogar San Camilo”, gracias a ellos aprendí a que todos tenemos una historia que contar, a entender que la vida puede cambiar en un segundo pero que en nosotros está como lo afrontamos, a sentir que cada día es un nuevo comienzo. Mi gratitud y admiración para con ustedes.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AIDSINFO-NIH (2006). *Pautas para el uso de agentes antirretrovirales en adultos y adolescentes infectados por el VIH*, del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Citado 3 septiembre 2006. Disponible en [URL:http://aidsinfo.nih.gov/contentfiles/cuandempezarlosmedicamentoscontraelVIH_FS_sp.pdf](http://aidsinfo.nih.gov/contentfiles/cuandempezarlosmedicamentoscontraelVIH_FS_sp.pdf)

Aguilar, E. (2014). *“Implementación de un programa de atención farmacéutica en pacientes con enfermedades recurrentes (diabetes, hipertensión e hipotiroidismo) en el área de consulta externa del Hospital IESS Riobamba en el periodo octubre – enero 2014* (tesis pregrado). Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, Ecuador.

Aguilar, C. Y. (2014). *Intervención educativa sobre el uso racional de medicamentos en el Club de madres “Santa Isabel y María” – Trujillo, 2014* (tesis pre grado). Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote.

Amiko, K. R., Harman, J. J., Jonson, B. T. (2004). *Efficacy of antiretroviral therapy adherent interventions. A research synthesis of trials, 1996 to 2004*. J AIDS 2006; 41: 285- 297.

Bailón, G. (2013). *Propuesta para la implementación de un programa de atención farmacéutica al paciente oncológico del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen* (tesis de pregrado). Universidad Nacional de Trujillo, Trujillo, Perú.

- Ballester, J. M., Macías, C. (2003). El sistema inmunológico: comentarios de interés básico. *Revista Cubana de Hematología, Inmunología y Hemoterapia*, 19(2-3) Recuperado en 26 de octubre de 2017, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-02892003000200006&lng=es&tlng=es.
- Berg, K.M., Arnsten, J. H. (2006). *Practical and conceptual challenges in measuring antiretroviral adherence*. JAIDS 2006; 43: S79-87.
- Barrera, M., Drago, M., Zamora, A., Arroyo, F., Saiz, T., Mendoza, F. (2004). Citometría de flujo: Vínculo entre la investigación básica y la aplicación clínica. *Revista del Instituto Nacional y Enfermedades Respiratorias*. 17(1), Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/iner/in-2004/in041g.pdf>
- Bernabé, E. (2014). *Intervención Educativa para mejorar la adherencia de los pacientes que usan antibióticos durante la dispensación en una oficina de farmacia* (tesis doctoral). Universidad de Granada, Granada, España.
- Bisso, A. (1998). Epidemiología del Sida en el Perú. *Dermatología Peruana*. Recuperado de: http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/dermatologia/v08_sup1/epidemologi_a.htm#
- Carillo, D., Navarrete, D. (2016). *Diseño e implementación del programa de atención farmacéutica en pacientes con VIH/SIDA de la IPS Ciudad Salud* (tesis pregrado). Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales, Bogotá, Colombia.

- Díaz, H. M., Lubián, A. L. (1998). Definición de caso y clasificación de la infección por VIH y SIDA. *Revista Cubana de Medicina*, 37(3), 157-165. Recuperado en 26 de octubre de 2017, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75231998000300005&lng=es&tlng=es.
- Escobar, I., Campo, M., Martín, J., Fernández-Shaw, C., Pulido, F., Rubio, R. (2003). *Factores que influyen en la Adherencia del Paciente a la Terapia Antirretroviral de Gran Actividad*. *Ann Pharmacother* 2003; 37: 775-781.
- Faus, M., Martínez, R. (1996). La atención Farmacéutica en farmacia comunitaria: evolución de conceptos, necesidades de formación, modalidades y estrategias para su puesta en marcha. *Pharmaceutical Care España*. Recuperado de: <http://www.ugr.es/http://www.ugr.es/~cts131/documentos/DOC0016.PDF>
- Hepler, C. D., Strand, L. M. (1990). *Opportunities and Responsibilities in Pharmaceutical Care*. *American Journal of Hospital Pharmacy*, 47, 533-543.
- Hoeschst, R. (2017). *Programa de Educación Continua para Infectología*. Citado 28 de Agosto del 2017. Disponible en URL: http://www.drscope.com/pac/infecto-1/c4/in1c4_p10.htm
- Ibarra, O. (2015). *Adherencia longitudinal al tratamiento en una cohorte de pacientes con infección por VIH* (tesis doctoral). Universidad del País Vasco, Vitoria, España.

Kideland, J. M. (2009). *Manifestaciones clínicas. Cuadro mononucleósido asociado a la primoinfección*. Clasificación de la infección VIH 2009.

Knobel, H. (2009). *Calidad de vida en el paciente VIH*. 2009.

Knobel, H., Alonso, J., Casado, J. L., Collazos, J., Gonzalez, J., Ruiz, I. (2002). *Validation of a simplified medication adherence questionnaire in a large cohort of HIV-infected patients: the GEEMA Study*. AIDS 2002;16(4):605-13

Lamotte, J. A. (2014). Infección por VIH/sida en el mundo actual. *MEDISAN*, 18(7), 993-1013. Recuperado en 16 de julio de 2018, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014000700015&lng=es&tlng=es.

McDonald, H.P., Garg, A.X., Haynes, R.B. (2002). *Interventions to enhance patient adherence to medication pre-scriptions: scientific review*. JAMA 2002; 288(22): 2868-70. [corrección en JAMA 2003; 289(24):3242.

Melis, V. (2014). *Estudio de interacciones farmacocinéticas del Efavirez con fármacos metabolizados por el CYP450: Sertraina, Nortriptilina y Rifampicina* (Tesis de doctorado). Universidad de Valencia, Valencia, España.

Mehta, S., Moore, R.D., Graham, N.M.H. (1997). *Potencial factors affecting adherence with HIV therapy*. AIDS 1997; 11: 1665- 70.

Mellors, J.W., Margolick, J.B., Phair, J.P., Rinaldo, C.R., Detels, R., Jacobson, L. P., Muñoz, A. (2007) . *Prognostic Value of HIV-1 RNA, CD4 Cell Count, and CD4 Cell Count Slope for Progression to AIDS and Death in Untreated HIV-1 Infection*. The JAMA Network, 297(21), 2349. doi:10.1001/jama.297.21.2349

Mikeal, R., Brown, T., Lazarus, H. Vinson, M. (1975). *Quality of pharmaceutical care in hospitals*. 1975 Jun;32(6):567-74. PubMed PMID: 1155467.

Ministerio de Salud del Perú. (2015). Situación de la Epidemia de VIH en el Perú. Recuperado de:
<https://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2015/vih/>

Ministerio de Salud Pública Guatemala. (2006). *Infección por virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH -SIDA) – Guías para diagnóstico, tratamiento antirretroviral y monitorización adultos y embarazadas*. Recuperado de
http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/uruguay_art.pdf

Ministerio de Salud. (1996). *Ley 26626*. Recuperado de
<http://www.minsa.gob.pe/>

Ministerio de Salud. (1996). *Ley 28243*. Recuperado de
<http://www.minsa.gob.pe/>

Ministerio de Salud. (1997). *Ley General de Salud*. Recuperado de
<http://www.minsa.gob.pe/>

Ministerio de Salud. (2004). *Ley 28173*. Recuperado de <http://www.minsa.gob.pe/>

Ministerio de Salud. (2009). *Ley 294592*. Recuperado de <http://www.minsa.gob.pe/>

Morisky, D.E., Green, L.W., Levine, D.M. (1986). *Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence*. Med Care 1986; 24: 67-74.

Muñoz, A., Giraldo, A., Henao, O. (2006). *Guía de actuación Farmacéutica en pacientes con VIH/SIDA*. Colombia. Humax Pharmaceutical (1). 30-37, 77-80

Núñez, A. (2015). *Efecto de la atención farmacéutica en la adherencia al tratamiento en pacientes con VIH/SIDA del programa de TARGA del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa* (tesis de especialidad). Universidad Católica Santa María, Arequipa, Perú.

Pacífico, J., Gutiérrez, C. (2015). Información sobre la medicación y adherencia al tratamiento de gran actividad en pacientes con VIH/SIDA de un hospital de Lima, Perú. *Rev Pery Med Exp Salud Publica* 32(1), 66-72.

Peralta, M. (2008). Adherencia al tratamiento. *Cent Dermatol Pascua*, (17), 84-88.

Sáez-Benito, L., Silva-Castro, M.M., Faus, M. J. (2007) *Aspectos básicos de la Educación para la Salud*. Capítulo 2. En: Fundamentos de

Educación para la Salud. Módulo I. Master en Educación para la Salud. Universidad de Valencia. Valencia: Alfa Delta SL.

Schiller, D.S. (2004). *Identification, management, and prevention of adverse effects associated with high-ly active antiretroviral therapy*. Am J Health- Syst Pharm. 2004; 61: 2507- 22.

Touriñán, J. M. (1996). Análisis conceptual de los procesos educativos formales, no formales e informales, Teoría de la Educación. *Revista Interuniversitaria*, (8), 55-80.

Valdés, R., Enrique. (2002). VIH-SIDA y embarazo: actualización y realidad en Chile. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 67(2), 160-166 Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262002000200016>

Varela, A. Hoyos, P. (2015) La adherencia al tratamiento para el VIH/SIDA: más allá de la toma de antirretrovirales, *Salud Pública*, 17(4), 528-540. Doi: [10.15446/rsap.v17n4.38429](https://doi.org/10.15446/rsap.v17n4.38429)

Vizcarra, R., Nuñez, B. (2016). *Seguimiento farmacoterapéutico a pacientes con VIH – SIDA atendidos en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza- Arequipa 2015* (tesis pre grado). Universidad Católica Santa María, Arequipa, Perú.

Winn, H., Hobbins, J. (2000): *Clinical Maternal-Fetal Medicine*. New York, Estados Unidos; Parthenon Publish Group Inc.

WHO. (2003). Adherence to long- term therapies: evidence for action..
WHO library Cataloguing-in- publication data. Disponible en:
<http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241545992.pdf?ua=1>

IX. ANEXOS Y APENDICES

Anexo 1: Ficha de Consentimiento Informado.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____
Identificado con el N° DNI _____ y paciente del Centro Médico de
Excelencia “Hogar San Camilo”.

En pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente manifiesto que he sido debidamente informado para participar en el estudio de investigación que lleva como título “Efecto de una intervención educativa en pacientes con VIH para mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral en el Centro de Excelencia Médica “Hogar San Camilo”- Lima, 2017, es por ello que autorizo formar parte del estudio mencionado, asumiendo las responsabilidades que conlleva como colaborar, brindar datos confidenciales y aceptar pautas y/o recomendaciones por parte del químico farmacéutico.

Asimismo, la Química Farmacéutica se responsabiliza de brindar toda la información necesaria según los objetivos del estudio para así poder brindar un mejor servicio al paciente y mejorar así los conocimientos sobre la enfermedad, medicamentos y la adherencia terapéutica.

Atte.

Firma

Lima, ____ de _____ del 2017

Anexo 2: Ficha Formato Entrevista

| | | | | | | | |
|--|--------------------|---------------|---------|--|-------------|--------|----------|
| <p style="font-size: 1.2em; font-weight: bold; margin: 0;">CENTRO DE EXCELENCIA MÉDICA</p> <p style="font-size: 1.2em; font-weight: bold; margin: 0;">"HOGAR SAN CAMILO"</p> | | | | | | | |
| FICHA Nº: | | H.C.: | | SEXO: | | EDAD: | F.APERT: |
| PACIENTE: | | | | | | | |
| DNI: | | ESTADO CIVIL: | SOLTERO | CASADO | UNION LIBRE | TALLA: | PESO: |
| IMC: | MEDIO DE CONTAGIO: | | | | | | TELÉFONO |
| ANTCEDENTES PATOLÒGICOS: ALERGIAS: | | | | MEDICACION HABITUAL: HABITOS NOCIVOS: | | | |
| MOTIVO DE LA APERTURA DE FICHA: POLIFARMACIA () FÀRMACO DE ESTRECHO MARGEN TERAPÈUTICO () PRM () OTRO () | | | | | | | |

Anexo 4: Tríptico informativo.

IMPORTANTE:

El VIH dejó de ser mortal ahora se convirtió en una enfermedad crónica tratable pero aún no curable.

Actualmente gracias a estos medicamentos llamados los antirretrovirales los niños y adultos pueden llevar una vida normal. Ya que estos ayudan a combatir el virus y poder aumentar nuestras defensas pero estos deben ser tomado de por vida.



TENGO SID

YO TENGO HIV, YO TENGO SIDA, VOS: ¿TENÉS PREJUICIOS?

Fuente: REDSAL

TENÉS PREJUICIOS?

Es importante aclarar entonces que el virus no se transmite por saliva, sudor, lágrimas, darse la mano, besarse, abrazarse o realizar una masturbación recíproca. Tampoco por picadura de mosquitos, insectos o animales. Mucho menos compartiendo trabajos, vasos, ropa, instalaciones deportivas, bares o lugares públicos.

NO OLVIDÉS:

"La ignorancia, el miedo y los prejuicios caminan tomados de la mano"



Hogar San Camilo

APRENDIENDO

MÁS DEL



ÁREA DE FARMACIA

Bach. G.F. Josselin Baluis Fernandez

¿Qué es VIH?



Es un virus que ingresa al organismo que a través del tiempo va debilitando el sistema inmunológico.

¿Y qué es SIDA?

Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Es un estadio de la infección en la que el organismo está predispuesto a enfermedades oportunistas o ya se manifestaron en algún momento.

¿Cuáles son los síntomas?

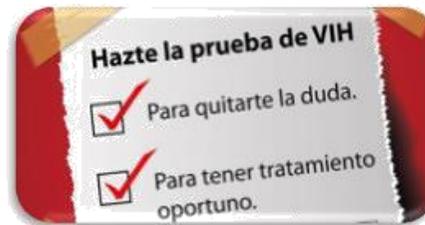
Debemos estar atentos si presentamos estos síntomas!



¿Y cómo saber si tengo?



Pues es muy fácil. Ahora puedes realizarte el test rápido en los centros de salud autorizados y en unos minutos podrás saber el resultado.



¿Pero cómo se contagia?

Pueden ser por las siguientes vías:

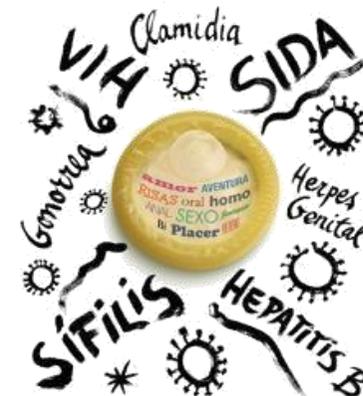


Pero debemos descartar los mitos!!



¿Cómo podemos prevenir?

- No comparta agujas ni jeringas
- Evite el contacto de la sangre con otras personas
- **NO REALICES PRACTICAS SEXUALES SIN PROTECCIÓN!!!**



Anexo 5: Tríptics informativo.

- Cuando los hábitos de vida afectan en la toma de medicamentos.



- Cuando el paciente no toma conciencia y manifiesta desánimo y desinterés por ello abandona el tratamiento



¿Cómo mejorar la adherencia?

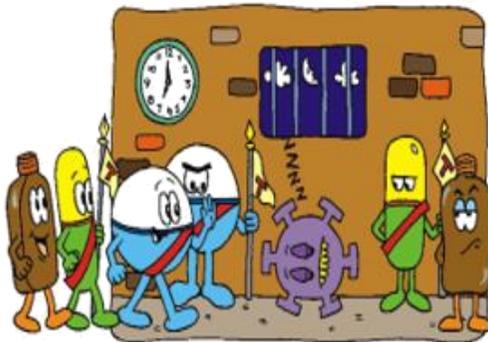
Ahora que sabemos que el tratamiento que estamos llevando es necesario para nosotros, debemos estar preparados para así poder establecer una rutina disciplinada.

- o Tomando todos los días los medicamentos.
- o Respetando los horarios cuando se deberá tomar los medicamentos.
- o Teniendo una buena alimentación, higiene y salud mental,
- o Si te informas muy bien acerca de tu tratamiento.

- o Evitando el consumo de drogas y/o licor.
- o Evitando las automedicación, siempre consultar con el médico.



Debemos recordar que con el TARGA bajaremos la cantidad de virus de VIH, así ellos dejaran de atacar nuestras defensas y recuperaremos y mejoraremos nuestra salud.



Si nos olvidamos de tomar las pastillas o dejamos el tratamiento podremos ser resistentes!!



Hogar San Camilo†

TRATAMIENTO



CONTRA EL



ÁREA DE FARMACIA

Bach. Q.F. Josselin Belvis Fernandez

¿Qué es TARGA?

Significa Tratamiento Anti Retroviral de Gran Alcance. Es el tratamiento contra el VIH – SIDA, se compone de 3 o más medicamentos antirretrovirales en un régimen diario y de por vida para así mejorar la calidad de vida del paciente.



¿Qué significa los antirretrovirales?



Son medicamentos que se usa para controlar la replicación del virus, así como detener la progresión de la enfermedad. Estos medicamentos detienen la infección.

¿En qué nos beneficiara el TARGA?

Nos beneficia en diversas cosas como:

- Aumentar nuestras defensas (CD4)
 - Disminuiremos nuestra carga viral de VIH.
 - Podremos retomar nuestra vida.
 - Mejoraremos nuestra calidad de vida.
 - Podremos alargar nuestros años de vida.



¿Qué más debo de saber del TARGA?

- El TARGA no te cura de VIH pero lo controla.
- Debemos de estar conscientes que este tratamiento **ES PARA TODA LA VIDA.** Y no se debe de dejar de tomar ni un solo día.
- Tomar TARGA es un proceso lento y no todos reaccionamos igual.



¿Qué es la adherencia al TARGA?



Es la capacidad que tiene el paciente de mantener un estilo de vida adecuada para así permitir que el medicamento cumpla su función.

¿Cuáles son los factores que afectan la adherencia?

Son diversos pero ahora recalcaremos los más usuales:

- Cuando el tratamiento es complejo ya que hay una cantidad significativa de medicamentos.



- Cuando aparecen efectos secundario y/o adversos respecto al medicamento.
- Cuando aparecen alteraciones en el cuerpo como la lipodistrofia.



Anexo 7: Tabla de recolección de datos

| N° | SEXO | EDAD | Observaciones |
|-----------|-------------|-------------|---|
| 1 | M | 34 | Paciente con Dx desde el 2005 debido a que presentaba de TBC pulmonar. Inicia targa en el 2007. Según HC paciente presenta varios cambios de esquema debido a abandonos intermitentes. En la actualidad según sus análisis clínicos en paciente presenta TGO (81), TGP (96), Bilirrubina (5.7) elevadas. En el último control de CD4 es de 1029 células /mm3 y CV indetectable. |
| 2 | M | 46 | Paciente con Dx desde el 2004. Inicia Targa 2005 debido a que la CD4 estaba en 28 células /mm3. No cambia de esquema. Paciente con Cv indetectable y CD4 actualizados, en la espera de resultados por INS. |
| 3 | M | 34 | Dx desde el 2011 debido a una diarrea crónica y herpes zoster. Inicia Targa 10-2016 hasta la actualidad no cambia esquema. En la actualidad posee una CV de 63 copias y un CD4 de 428 células /mm3. |
| 4 | M | 33 | Dx a principios del año 2017 debido a un síndrome de consumo severo. Inicia Targa 04-2017 Emricitabina+TNF+EFV. En la actualidad recuperó peso normal pero aún posee una carga viral elevada a 192000 copias y un CD4 de 101 células /mm3. Se mantiene en observación al paciente, así como en la espera de nuevos resultados clínicos. |

| | | | |
|----|---|----|---|
| 5 | M | 48 | Dx desde el 2008 debido a un cuadro de aftas en la garganta. Inicia targa 2008 No cambia esquema. Con una CV indetectable y un CD4 de 602 células /mm3 . |
| 6 | F | 35 | Inicia Targa 2006: Duovir-N. 06-2016 cambia de esquema debido a lipodistrofia. En la actualidad presenta una CV indetectable, así como un CD4 873 células /mm3. |
| 7 | M | 45 | Dx desde el 2008 por diarrea crónica. Inicia Targa a fines del 2008: D4T+eTC+NVP.Cambio de esquema por fracaso virico en 2010: ATZ+RTV+DDI+ABC. Abandona tto en 2013. Reinicia tto en 2015: ABC+3TC+ATZ+RTV. En la actualidad CV es indetectable y CD4 de 644 células /mm3. |
| 8 | M | 57 | Inicia targa en el 2004, no hay cambio de esquema. En la actualidad tiene una CV Indetectable y un CD4 de 410 células /mm3. |
| 9 | M | 35 | Dx desde el 2006 por campaña de salud. Inicia Targa 2007: Triomune (D4t+3TC+NVP). Cambio de esquema en 2010 por presencia de neuropatía: AZT+ Duovir-N. EN la actualidad posee una CV indetectable y un CD4 614 células /mm3. |
| 10 | M | 39 | Dx por gestación desde el 2006. Inicia Targa en 2006: Duovir-N. Cambio de esquema por lipodistrofia a inicios de 2017. En la actualidad tiene una CV de 65.2 con un CD4 de 410. |
| 11 | F | 37 | Dx por TBC. Inicia Targa en el 2016. No cambio esquema. En la actualidad posee una CD4 de 104 células /mm3 y la CV está pendiente en la espera de resultados por INS. |

| | | | |
|----|---|----|---|
| 12 | M | 45 | Dx desde el 2004 por hongos. Inicia Targa 2004: Duovir-N. Hay un cambio de esquema en el 2007 por neutropenia. En 2005: D4T+3TC+NVP mismo año cambio de esquema por fracaso vírico: Kaletra+D4T+3TC. Nuevamente un cambio de esquema debido a que el paciente esta postrado en cama en 2009 por Duovir-N. En la actualidad paciente presenta un CV de 272 copias y un CD4 de 502 células /mm3 . |
| 13 | M | 40 | Inicia Targa en el 2008, no hay cambio de esquema. En la actualidad no actualizo exámenes de laboratorio. |
| 14 | M | 45 | Dx desde el 2015 por examen de rutina. Inicia Targa 2017: TNF+3TC+EFV hasta la actualidad. No tiene exámenes de laboratorio actualizados. |
| 15 | F | | Dx desde el 2012 por síndrome de consumo y TBC pulmonar. Inicia Targa 2013: Duovir+EFV. Hay un cambio de esquema por reacción adversa a EFV por triomune. Cambio de esquema en 2015: ABC+3TC+NVP hasta la actualidad. Tiene una CV 169 copias y un CD4 109 células /mm3. Paciente en observación por una alta CV. |
| 16 | M | 36 | Dx desde el 2015 por examen de rutina. Inicia Targa 07-2017: TNF+3TC+EFV hasta la actualidad. Tiene una CV 9010 copias y CD4 de 359 células /mm3. |
| 17 | F | 37 | Dx desde el 2005 por Herpes Zoster. Inicia Targa 2008: Duovir-N. El mismo año cambio de esquema por rush: Duovir+EFV. 2015 cambio de esquema por lipodistrofia: ABC+3TC+EFV. EN la actualidad tiene una CV indetectable y Un CD4 de 460 células /mm3. |

| | | | |
|----|---|----|---|
| 18 | F | 48 | Dx desde el 2012 en un examen clínico de rutina. Ese mismo año presenta Herpes Zoster es tratado e inicia Targa en el 2013: Duovir + EFV hasta la actualidad. Tiene una CV indetectable y un CD4 de 562 células /mm3. |
| 19 | F | 50 | Dx desde el 2005 durante embarazo. Inicia Targa en el 2006: Duovir-N. Cambio de esquema en 2012 por lipodistrofia: ABC+3TC+NVP. En la actualidad posee una CV indetectable y un CD4 de 744 células /mm3. |
| 20 | F | 31 | Dx desde el 2006 por diarrea crónica. Inicia Targa 2007: D4T+eTC+NVP.Cambio de esquema por fracaso vírico en 2015: ABC+3TC+NVP. En la actualidad presenta una CV indetectable y un CD4 de 461 células /mm3. |
| 21 | M | 46 | Dx desde el 1994 por donación de sangre. Inicia Targa 2005: Duovir-N.Durante el tto presentó candida esofágica , TBC. En 2010 se cambió de esquema AZT+3TC+EFV. Cambio de esquema por posible tumor: Duovir-N. En la actualidad CV es indetectable con un CD4 461 células /mm3. |
| 22 | M | 48 | Dx desde el 2013 por aftas bucales. Inicia Targa 2013: Duovir+EFV. Abandona tto en 2016. Reinicia en 2017: TNF+ABC+ATZ+RTV debido a un cuadro de herpes. En la actualidad tiene un CV 14900 copias y CD4 de 163 células /mm3. Paciente en observación debido a una CV elevada. |
| 23 | F | 34 | Dx desde 1998 por TBC. Inicia Targa 2005: D4T+3TC+NVP. Cambio de esquema en 2007 por reducción de masa muscular: ATZ+3TC+NVP. Cambio de Esquema por lipodistrofia en el 2010: ABC+3TC+NVP. EN la actualidad tiene una CV indetectable y un CD4 de 439 células /mm3. |

| | | | |
|----|---|----|---|
| 24 | M | 59 | Dx desde 2001 por ETS. Inicia Targa 2002: ABC+3TC+NVP. EN la actualidad tiene una CV indetectable y un CD4 de 439 células /mm3. |
| 25 | F | 34 | Dx desde el 2013 por Herpes Zoster. Inicia Targa 2014: Duovir-N. El mismo año cambio de esquema por rush a ABC+3TC+EFV.No tiene exámenes de laboratorio actualizados. |
| 26 | M | 52 | Dx en 2007 por presentar aftas en garganta. Inicia Targa en 2007. Cambio de esquema por presentar lipodistrofia ABC+ 3TC+NVP. |
| 27 | M | 38 | Dx en 2014 por presentar condilomas en ano. Inicia Targa en 2015. Duovir + EFV. En espera de resultados de exámenes de laboratorio |
| 28 | M | 41 | Dx desde el 2013 por síndrome de consumo. Inicia Targa 2013: Duovir+EFV. No hay cambio de esquema y exámenes de laboratorio en espera. |
| 29 | M | 44 | Dx desde el 2011 por diarrea crónica. Inicia Targa 2012: ABC+3TC+NVP. En la actualidad no tiene exámenes médicos. |
| 30 | M | 61 | Dx desde 20014 por Sífilis. Inicia Targa 2014: ABC+3TC+NVP. EN la actualidad tiene una CV indetectable. |
| 31 | F | 45 | Dx por gestación desde el 2008. Inicia Targa en 2006: Duovir-N. En la actualidad no tiene exámenes laboratorios actualizados |
| 32 | M | 39 | Dx desde el 2015 por Campaña medica Inicia Targa 2015: 3TC+EFV+ABC.No tiene exámenes de laboratorio actualizados. |

| | | | |
|----|---|----|---|
| 33 | M | 57 | Dx desde el 2013 por diarrea crónica. Inicia Targa 2007: ABC+3TC+NVP. En la actualidad presenta una CV indetectable y un CD4 de 312 células /mm3. |
| 34 | F | 42 | Dx en 2014 por síndrome de consumo. Inicia Targa 2015: ABC+ 3TC+ ABC. En la actualidad presenta una CV indetectable. |
| 35 | M | 38 | Dx desde el 2015 por examen de rutina. Inicia Targa 05-2016: TNF+3TC+EFV hasta la actualidad. Respuesta de exámenes de laboratorio en espera. |
| 36 | M | 46 | Dx desde el 2008 por Campaña de salud. Inicia Targa 2011: 3TC+EFV+ABC.No tiene exámenes de laboratorio actualizados. |
| 37 | M | 49 | Dx desde el 2015 por donación de sangre. Inicia Targa 2017: Duovir-N. En la actualidad CV es indetectable con un CD4 421 células /mm3. |
| 38 | F | 51 | Dx en 2015 en chequeo médico rutinario. Inicia Targa en 2016. ABC+3TC+EFV. Exámenes de laboratorio en espera de resultados |
| 39 | M | 63 | Dx desde 2005 por ETS. Inicia Targa 2006: ABC+3TC+EFV. No tiene exámenes médicos actualizados. |
| 40 | M | 48 | Dx desde el 2014 por síndrome de consumo. Inicia Targa 2015: Duovir+EFV. No hay cambio de esquema y exámenes de laboratorio en espera. |
| 41 | F | 44 | Dx en 2015 en chequeo médico rutinario. Inicia Targa en 2015. ABC+3TC+EFV. Exámenes de laboratorio en espera de resultados |
| 42 | M | 41 | Dx desde el 2016 por Herpes. Inicia Targa 2016: Duovir-N. No tiene exámenes de laboratorio actualizados. |

| | | | |
|----|---|----|---|
| 43 | M | 45 | Dx desde el 2013 por Campaña de salud. Inicia Targa 2014: 3TC+EFV+ABC.No tiene exámenes de laboratorio actualizados. |
| 44 | F | 33 | Dx por gestación desde el 2011. Inicia Targa en 2011: Duovir-N. En la actualidad no tiene exámenes laboratorios actualizados |
| 45 | M | 57 | Dx desde el 2015 por campaña de salud. Inicia Targa 2016: ABC+EFV+3TC. No tiene exámenes médicos actualizados. |
| 46 | M | 46 | Dx por TBC. Inicia Targa en el 2015 ABC+ 3TC+ EFV. En la actualidad posee una CD4 de 96 células /mm3 y la CV está pendiente en la espera de resultados por INS. |
| 47 | F | 39 | Dx por examen de rutina en el trabajo en 2015. Inicia Targa en 2016: ABC+3TC+ EFV. |
| 48 | F | 37 | Dx por gestación desde el 2013. Inicia Targa en 2014: Duovir-N. En la actualidad no tiene exámenes laboratorios actualizados |

Fuente: Historias Clínicas del Centro de Excelencia Médica “Hogar San Camilo”

