

UNIVERSIDAD SAN PEDRO

FACULTAD MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE FARMACIA Y BIOQUÍMICA



Adherencia al TARGA, en pacientes mayores de 18 años, con diagnóstico de VIH/SIDA del Hospital III José Cayetano Heredia, EsSalud - Piura, 2012 - 2017

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE QUÍMICO FARMACÉUTICO

Autores:

Abad Neira, José Dilter

Imán Chiroque, Gina Denisse

Asesora:

Escobedo Díaz, Marleny

PIURA - PERÚ

2018

UNIVERSIDAD SAN PEDRO

FACULTAD MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE FARMACIA Y BIOQUÍMICA



Adherencia al TARGA, en pacientes mayores de 18 años, con diagnóstico de VIH/SIDA del Hospital III José Cayetano Heredia, EsSalud - Piura, 2012 - 2017

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE QUÍMICO FARMACÉUTICO

Q.F. Escobedo Díaz Marleny

Presidente

Q.F. Esquivel Reyna Roger

Secretario

Q.F. Álvarez Bedia Ivette

Vocal

UNIVERSIDAD SAN PEDRO

FACULTAD MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE FARMACIA Y BIOQUÍMICA



Adherencia al TARGA, en pacientes mayores de 18 años, con
diagnóstico de VIH/SIDA del Hospital III José Cayetano
Heredia, EsSalud - Piura, 2012 - 2017

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE QUÍMICO FARMACÉUTICO

Q.F. Escobedo Díaz Marleny

Asesora

ÍNDICE GENERAL

PALABRAS CLAVES	i
TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN	ii
RESUMEN	iii
ABSTRACT	iv
I. INTRODUCCIÓN	1
1.1 Antecedentes y Fundamentación Científica	3
1.1.1 Antecedentes de la investigación	3
1.1.2 Fundamentación Científica	7
1.2 Justificación de la investigación	30
1.3 Problema	30
1.4 Conceptualización y operacionalización de las variables	31
1.5 Hipótesis	32
1.6 Objetivos	33
II. METODOLOGÍA	34
2.1 Tipo y diseño de investigación	34
2.2 Población y muestra	34
2.3 Técnicas e instrumentos de investigación	35
2.4 Procesamiento y análisis de la información	35
III. RESULTADOS	36
IV. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	60
V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	70
5.1 Conclusiones	70
5.2 Recomendaciones	72
VI. AGRADECIMIENTO	74
6.1 Agradecimientos	74
6.2 Dedicatoria	76
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA	77
VIII. ANEXOS Y APÉNDICE	83

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1	36
PORCENTAJE DE ADHERENCIA AL TARGA 2012 - 2017	
TABLA 2	41
PORCENTAJE DE ADHERENCIA AL TARGA DEL AÑO 2012	
TABLA 3	43
PORCENTAJE DE ADHERENCIA AL TARGA DEL AÑO 2013	
TABLA 4	45
PORCENTAJE DE ADHERENCIA AL TARGA DEL AÑO 2014	
TABLA 5	47
PORCENTAJE DE ADHERENCIA AL TARGA DEL AÑO 2015	
TABLA 6	49
PORCENTAJE DE ADHERENCIA AL TARGA DEL AÑO 2016	
TABLA 7	51
PORCENTAJE DE ADHERENCIA AL TARGA DEL AÑO 2017	
TABLA 8	53
PORCENTAJE DE PACIENTES NUEVOS POR AÑO	
TABLA 9	54
PORCENTAJE DE CRECIMIENTO DE PACIENTES NUEVOS POR AÑO	
TABLA 10	55
EDAD DE PACIENTES CON 100% DE ADHERENCIA POR AÑO	

TABLA 11

59

PORCENTAJE DE PACIENTES FALLECIDOS

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1	37
PORCENTAJE DE ADHERENCIA AL TARGA 2012 - 2017	
GRÁFICO 1.1	37
PORCENTAJE DE ADHERENCIA AL TARGA 2012 - 2017	
GRÁFICO 2	38
PORCENTAJE DE PACIENTES CON VIH/SIDA SEGÚN EL SEXO 2012 - 2017	
GRÁFICO 3	39
PORCENTAJE DE ADHERENCIA AL TARGA DE HOMBRES 2012 - 2017	
GRÁFICO 3.1	39
PORCENTAJE DE ADHERENCIA AL TARGA DE HOMBRES 2012 - 2017	
GRÁFICO 4	40
PORCENTAJE DE ADHERENCIA AL TARGA DE MUJERES 2012 - 2017	
GRÁFICO 4.1	40
PORCENTAJE DE ADHERENCIA AL TARGA DE MUJERES 2012 - 2017	
GRÁFICO 5	41
PORCENTAJE DE ADHERENCIA AL TARGA DEL AÑO 2012	
GRÁFICO 5.1	42
PORCENTAJE DE ADHERENCIA AL TARGA DEL AÑO 2012	
GRÁFICO 6	43
PORCENTAJE DE ADHERENCIA AL TARGA DEL AÑO 2013	

GRÁFICO 6.1	44
PORCENTAJE DE ADHERENCIA AL TARGA DEL AÑO 2013	
GRÁFICO 7	45
PORCENTAJE DE ADHERENCIA AL TARGA DEL AÑO 2014	
GRÁFICO 7.1	46
PORCENTAJE DE ADHERENCIA AL TARGA DEL AÑO 2014	
GRÁFICO 8	47
PORCENTAJE DE ADHERENCIA AL TARGA DEL AÑO 2015	
GRÁFICO 8.1	48
PORCENTAJE DE ADHERENCIA AL TARGA DEL AÑO 2015	
GRÁFICO 9	49
PORCENTAJE DE ADHERENCIA AL TARGA DEL AÑO 2016	
GRÁFICO 9.1	50
PORCENTAJE DE ADHERENCIA AL TARGA DEL AÑO 2016	
GRÁFICO 10	51
PORCENTAJE DE ADHERENCIA AL TARGA DEL AÑO 2017	
GRÁFICO 10.1	52
PORCENTAJE DE ADHERENCIA AL TARGA DEL AÑO 2017	
GRÁFICO 11	53
PORCENTAJE DE PACIENTES NUEVOS POR AÑO	

GRÁFICO 12	54
PORCENTAJE DE CRECIMIENTO DE PACIENTES NUEVOS POR AÑO	
GRÁFICO 13	55
EDAD DE PACIENTES CON MAYOR PORCENTAJE DE ADHERENCIA 2012	
GRÁFICO 14	56
EDAD DE PACIENTES CON MAYOR PORCENTAJE DE ADHERENCIA 2013	
GRÁFICO 15	56
EDAD DE PACIENTES CON MAYOR PORCENTAJE DE ADHERENCIA 2014	
GRÁFICO 16	57
EDAD DE PACIENTES CON MAYOR PORCENTAJE DE ADHERENCIA 2015	
GRÁFICO 17	57
EDAD DE PACIENTES CON MAYOR PORCENTAJE DE ADHERENCIA 2016	
GRÁFICO 18	58
EDAD DE PACIENTES CON MAYOR PORCENTAJE DE ADHERENCIA 2017	
GRÁFICO 19	59
PORCENTAJE DE PACIENTES FALLECIDOS	

PALABRAS CLAVE

ADHERENCIA

TARGA

KEYWORDS

ADHERENCE

HAART

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

SALUD PÚBLICA

TÍTULO

Adherencia al TARGA, en pacientes mayores de 18 años, con diagnóstico de VIH/SIDA del Hospital III José Cayetano Heredia, EsSalud - Piura, 2012 - 2017

RESUMEN

El presente estudio de investigación titulado adherencia al TARGA, en pacientes mayores de 18 años, con diagnóstico de VIH/SIDA del Hospital III “José Cayetano Heredia”, EsSalud - Piura, 2012 - 2017, tuvo como objetivo evaluar el porcentaje de Adherencia al TARGA en los pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de VIH/SIDA del Hospital III José Cayetano Heredia, EsSalud - Piura 2012 - 2017.

El presente estudio es de tipo descriptivo, retrospectivo. La población fue constituida por todos los pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA del Hospital III José Cayetano Heredia y la muestra fueron 443 pacientes mayores de 18 años que recibieron TARGA en el Servicio de Farmacia. La recolección de datos se hizo mediante una ficha técnica de registro de dispensación elaborada por los Bachilleres José Dilter Abad Neira y Gina Denisse Imán Chiroque y se aplicó el Test de Morisky - Green. El análisis y procesamiento de datos obtenidos se realizó a través del programa estadístico EXCEL, haciendo uso de tablas dinámicas, para luego elaborar los respectivos gráficos.

Con los resultados se pudo concluir que existe un bajo porcentaje de Adherencia al TARGA pues solo el 11.29% (50 pacientes) de los pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de VIH/SIDA del Hospital III José Cayetano Heredia EsSalud - Piura fueron Adherentes al TARGA y el 88.71% (393 pacientes) no lo fueron.

ABSTRACT

The present research study titled Adherence to HAART, in patients older than 18 years, with diagnosis of HIV/AIDS at Hospital III José Cayetano Heredia, EsSalud - Piura, 2012 - 2017, aimed to evaluate the percentage of adherence to HAART in the patients over 18 years of age with a diagnosis of HIV/AIDS from Hospital III José Cayetano Heredia, EsSalud - Piura 2012 - 2017.

The present study is descriptive, retrospective. The population was constituted by all patients diagnosed with HIV/AIDS at Hospital III José Cayetano Heredia and the sample consisted of 443 patients older than 18 years who received HAART at the Pharmacy Service. The data collection was done by means of a dispensary registration form prepared by the Bachilleres José Dilter Abad Neira and Gina Denisse Imán Chiroque and the Morisky - Green Test was applied. The analysis and processing of obtained data was done through the EXCEL statistical program, using dynamic tables, to elaborate the respective graphs.

With the results it was possible to conclude that there is a low percentage of Adherence to HAART, because only 11.29% (50 patients) of patients older than 18 years with a diagnosis of HIV / AIDS at Hospital III José Cayetano Heredia EsSalud - Piura were Adherents to HAART and 88.71% (393 patients) were not.

I. INTRODUCCIÓN

El incumplimiento del tratamiento a lo largo de los años de las enfermedades crónicas como el VIH/SIDA es un problema mundial de gran magnitud. Es la principal causa de que no se obtengan todos los beneficios que los medicamentos pueden proporcionar a los pacientes, está en el origen de complicaciones médicas y psicosociales de la enfermedad, reduce la calidad de vida de los pacientes, aumenta la probabilidad de aparición de resistencia a los fármacos, así como la aparición de las enfermedades oportunistas, además de generar un desperdicio de recursos asistenciales y económicos. A nivel mundial, la OMS (Organización Mundial de Salud) estima que son más de 70 millones las personas que viven con VIH/SIDA; así mismo manifiesta que desde su aparición hace ya más de un cuarto de siglo 25 millones de personas han muerto a causa del VIH/SIDA.

Esta enfermedad produce un impacto importante en el país que se traduce en una gran demanda de los servicios ambulatorios, hospitalización prolongada para las personas portadoras que no han logrado suprimir la carga viral a un nivel indetectable y que por ende son objeto de las enfermedades oportunistas que llegan a causar estragos por su estado de inmunosupresión, ausentismo laboral, discapacidad y mortalidad producto de las complicaciones agudas y crónicas dependientes de la carga viral y del nivel de respuesta del sistema inmunológico.

La “Adherencia es la capacidad del paciente de implicarse correctamente en la elección, inicio y control del TAR, que permita mantener el cumplimiento riguroso del mismo con el objetivo de conseguir una adecuada supresión de la replicación viral”. (GeSIDA, 2018)

La Adherencia terapéutica puede definirse como la medida en que el paciente asume las normas o consejos dados por el profesional sanitario, tanto desde el punto de vista de hábitos o estilo de vida recomendados como del propio tratamiento farmacológico prescrito. La falta de Adherencia (según investigaciones anteriores) se sitúa entre el

30 y el 51% en los pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA que se encuentran bajo un esquema de Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad “TARGA”.

Los profesionales sanitarios, deben conocer el fenómeno de la falta de Adherencia, detectarlo y averiguar sus causas, así como tener recursos para poder intervenir eficazmente en los pacientes. (Orozco, Mata, Artola, Conthe, Mediavilla, & Miranda, 2016)

La investigación tuvo como objetivo evaluar el porcentaje de Adherencia al TARGA en los pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de VIH/SIDA del Hospital III José Cayetano Heredia, EsSalud - Piura, 2012 - 2017. Así mismo los resultados van a servir para que las instituciones de salud obtengan información relevante de este tipo de población en quienes pueden intervenir para mejorar su estilo de vida. Este estudio de investigación se fundamentó en las bases conceptuales del test de Morisky - Green y la ficha técnica de registro de dispensaciones elaborada por los investigadores.

1.1 Antecedentes y Fundamentación Científica

1.1.1 Antecedentes de la Investigación

Izaguirre (2011), investigó los factores asociados a la adherencia al Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA) en pacientes con VIH/SIDA del Centro Médico Naval “Cirujano Mayor Santiago Távara” en el periodo noviembre 2009 - abril 2010. El estudio fue de tipo observacional, longitudinal, prospectivo en 32 pacientes con VIH/SIDA del servicio de infectología del Centro Médico Naval, de edades entre 23 y 36 años. Se encontró que el 81.3% de los pacientes presentaron adherencia a su tratamiento antirretroviral mientras que el 18.7% no la presentaron. Del análisis de la adherencia se concluyó que no existe un factor determinante para la adherencia en los pacientes de estudio. De ello, se infiere que las causas de la adherencia en los pacientes son multifactoriales.

En la misma línea en la ciudad de Chiclayo Cavero y Rivas (2013), presentaron su trabajo de tesis para optar el título profesional de: Médico Cirujano, Titulado “Adherencia al Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad y Calidad de Vida de pacientes con VIH/SIDA en el Hospital Regional Docente Las Mercedes de Chiclayo - Perú, 2011” en el cual tuvo como objetivo determinar la relación entre adherencia al TARGA y calidad de vida en pacientes con VIH/SIDA del Hospital Regional Docente Las Mercedes (HRDLM), donde encontró como resultados una tasa de rechazo de 3,75%. La media de edad fue de 34 +/-10,6 años; 50 (63%) fueron varones y 30 (37%) mujeres; el 13 (16%) tuvieron estudios superiores, 36 (45%) secundaria completa y 30 (38%) sólo primaria. La adherencia al TARGA fue estricta en 30% e insuficiente en 25%; la calidad de vida predominantemente fue buena, en la dimensión física y mental, 80% y 77,5% respectivamente; la dimensión más afectada fue la del dolor; se halló asociación entre calidad de vida física y mental y adherencia al TARGA.

Al respecto Ramírez & Valdivieso (2015), con su investigación “Relación de ayuda de la enfermera y nivel de Adherencia del Adulto en el Tratamiento Antirretroviral Hospital Regional docente de Trujillo 2015”, Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería, tuvieron como resultado que el 84% de los pacientes son adherentes y el 16% no son adherentes; para ello utilizaron la prueba Chi cuadrado dando como resultado una relación significativa con un $p < 0.05$ entre la relación de ayuda de la enfermera y el nivel de adherencia del adulto en el tratamiento antirretroviral.

Así mismo en Lima Zafra (2015), con su investigación “Factores asociados al estigma relacionado al VIH/SIDA en los pacientes del programa TARGA del Hospital Nacional 2 de mayo”, Tesis para optar el Título de Médico Cirujano. Analizó los resultados de 339 encuestas, donde el 74% fueron varones y la mediana de la edad fue 39 años. Se halló un estigma alto en 25% y moderado en 48%. Las personas sin adherencia al tratamiento tienen 4 veces el riesgo de presentar estigma alto, así como aquellas que han tenido relaciones sexuales con personas de su mismo sexo. Por lo que los pacientes dentro del programa TARGA del Hospital Nacional 2 de mayo presentan alta prevalencia de estigma que se asocia a falta de Adherencia al tratamiento y se correlaciona de forma inversa con el tiempo en el programa y el tiempo con el diagnóstico de VIH/SIDA.

Mientras tanto Orellana (2015), con su proyecto de investigación “Factores asociados a la Adherencia al TARGA, en pacientes con VIH/SIDA en el Hospital Central PNP “Luis N. Sáenz” en los meses de octubre a diciembre del 2015”. Encontró que la edad promedio de los pacientes evaluados fue 40.11 años. El tiempo de infección de los pacientes evaluados fue un promedio un año y 7 meses. El tiempo de tratamiento con el TARGA constó de un promedio de 20 meses. El 52% (64 pacientes) de la población estudiada fue algún familiar del titular, ya sea esposa(o), hijo(a) o padres. El género que prevalece en la muestra es masculino con el 63.4% (78 pacientes). Y la carga

viral, el 77.2% es indetectable (<400 copias/ml). El grado encontrado fue una adecuada Adherencia al TARGA, con una puntuación de 82.51 y al relacionar el grado de Adherencia con las características socio-demográficas no son significativas. Pero si se encontró relación el grado de Adherencia con la carga viral. En la población estudiada tiene una adecuada Adherencia al tratamiento antirretroviral. Y los 5 factores que mide el cuestionario: cumplimiento del tratamiento, antecedentes de la falta de Adherencia, interacción médico-paciente, creencias del paciente y estrategia para la toma de medicamentos; tienen muy buena influencia en la Adherencia al TARGA.

Con su Tesis Doctoral “Conocimiento, Adherencia y Efectividad del Tratamiento Antirretroviral VIH en los Pacientes Externos del Hospital Carlos Haya”, Olalla (2012), para obtener el Grado de Doctor en Farmacia, cuyo objetivo fue evaluar la relación existente entre el conocimiento que tiene el paciente de su tratamiento, la Adherencia que presenta al mismo y la efectividad de la terapia de aquellos que se encuentran en tratamiento antirretroviral VIH. Dicho estudio fue observacional, transversal y pragmático, realizado a 382 pacientes que pasaban a recoger su medicación por el servicio de Farmacia, hallando como resultado que el 60.2% no conoce el tratamiento antirretroviral VIH, solo el 39% tiene un conocimiento óptimo del mismo. El 50.6% de los pacientes fueron adherentes al tratamiento, frente al 49.4% que no lo son según la escala de medición SMAQ. Donde concluyó que la relación entre el conocimiento del tratamiento antirretroviral y la Adherencia es proporcional, por lo que se puede decir que a mayor conocimiento mayor Adherencia al tratamiento mismo.

Cano (2013), con su tesis "Factores asociados a la falta de Adherencia del tratamiento antirretroviral en los pacientes con VIH y SIDA que asisten a la Clínica de Enfermedades Infecciosas en el HEODRA, en el periodo Febrero 2012 - Septiembre 2013", realizó un estudio comparativo de corte trasversal, donde la muestra estuvo compuesta de 61 personas entre hombres y mujeres,

obteniendo como resultados: que existe un 59,0% de Adherencia al tratamiento a diferencia del 41,0% que presentaron falta de Adherencia al tratamiento, entre los factores asociados a este evento están: el no pertenecer a ninguna religión (13,1%), de igual manera el uso de drogas como alcohol, marihuana o cocaína (13,1%), la presencia de trastornos psíquico (23,0%), el abandono del tratamiento (41,0%), y presentar recaídas en el tratamiento (9,8%), esta asociados a la falta de Adherencia al tratamiento antirretroviral.

En Ecuador, Jurado (2015), con su tesis “Factores Asociados a Adherencia en pacientes con VIH/SIDA, de la Unidad de Atención Integral de Personas Viviendo con VIH del Hospital General Enrique Garcés, Quito – Ecuador, julio a octubre 2014” para obtener el Título de Especialista en Medicina Interna. Realizó un estudio analítico de corte. Donde se investigaron 202 pacientes mayores de 18 años de edad, con diagnóstico establecido de VIH/SIDA, en tratamiento con TARGA y que acudan a la consulta externa de la unidad de atención integral de personas viviendo con VIH del Hospital Enrique Garcés, de los cuales el 55,9% fue adherente según el reporte de enfermería y el 49,01% según la escala SMAQ.

En España Rodríguez (2016), con su tesis doctoral “Estudio de factores de riesgo influyentes en la Adherencia al Tratamiento Antirretroviral y Desarrollo de un Modelo Predictivo en Pacientes VIH positivos”, para optar el grado de Doctor en Farmacia, diseñó un estudio observacional, descriptivo y prospectivo, que incluyó a pacientes con VIH mayores de 18 años, en tratamiento con cualquiera de las combinaciones posibles de fármacos antirretrovirales, que estuvieron en tratamiento, al menos, durante los 6 meses previos al inicio del estudio con la misma combinación de fármacos y que recogieron su medicación en el Servicio de Farmacia del Hospital Universitario de Getafe. Se obtuvieron unos niveles de adherencia a la toma de medicación del 65,88% y 53,08% según registro de dispensación y

cuestionario SMAQ respectivamente. El resultado de adherencia a los horarios de toma de medicación fue del 90,99%.

1.1.2 Fundamentación Científica

Hace más de un cuarto de siglo que el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) fue descubierto como causa del síndrome de inmunodeficiencia humana adquirida (SIDA); desde entonces, casi 70 millones de personas han sido infectadas por el virus y cerca de 25 millones de personas han muerto como causa de la infección. (InfoSIDA, 2017)

En el Perú, el Ministerio de Salud a través de la Estrategia Sanitaria para el Control y Prevención de Infecciones de Transmisión Sexual VIH y SIDA con el apoyo del Fondo Global para la Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, destinado a los países en vías de desarrollo, implementó, en el año 2004, el acceso gratuito al Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA), con el objetivo de reducir la morbilidad y mortalidad de personas infectadas por el VIH (MINSa 2004), por esta razón, la cantidad de personas recibiendo medicamentos antirretrovirales en el Perú se ha incrementado y esto ha promovido la participación activa del equipo multidisciplinario de salud, y en caso del farmacéutico su participación mediante el seguimiento del tratamiento farmacológico como estrategia para mejorar el uso racional del medicamento, mejorar la adherencia y la calidad de vida relacionada a la salud (CVRS) del paciente infectado por el virus de la inmunodeficiencia humana. (MINSa, 2006)

En la actualidad el “Plan Multisectorial de Prevención y control de las ITS/VIH y SIDA, 2015 - 2019”, tiene entre otras estrategias, la de fortalecer la atención integral a personas con VIH y cuyas acciones orientadas a conseguir dicho fin son las siguientes:

- Fortalecer la descentralización y desconcentración de los servicios TARGA según necesidades de la demanda incorporando estrategias acordes con los recursos disponibles en el sistema de salud.
- Fortalecer la atención multidisciplinaria en la atención integral de la PVVS en el sistema de salud mejorando el seguimiento y Adherencia.
- Fortalecer el acceso a pruebas de seguimiento (CD4 y carga viral) y pruebas complementarias (hemograma, perfil hepático, lipídico, hematócrito, RX, etc.) a nivel nacional mediante estrategias costo - efectivas.
- Implementar un programa de formación continua para el personal encargado de la atención de PVVS que incluya aspectos de sexualidad, salud mental, necesidades de salud de población LGBT, violencia sexual, familiar y de género, TARGA, Farmacovigilancia y normas técnicas en los distintos niveles de atención.
- Diseñar e implementar la vigilancia a la resistencia a antirretrovirales a nivel nacional en el sistema de salud. Fortalecer las acciones de Farmacovigilancia y Tecnovigilancia en la atención de PVVS. (MINSA, 2015)

Por lo tanto, es necesario tener instrumentos validados para ser utilizados por el farmacéutico en la evaluación de la Adherencia al tratamiento antirretroviral y en la calidad de vida relacionada a la salud como objetivo final de la Atención Farmacéutica. La Adherencia del paciente, en el contexto de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana, se ha estudiado ampliamente, así como su resultado en la carga viral, siendo el principal problema la baja Adherencia del paciente al tratamiento antirretroviral. (Muñoz, Fumaz, Ferrer, Tuldra, & Rovira, 2016)

Esta falta de Adherencia se ha relacionado a la disminución de la efectividad del tratamiento y es un importante mecanismo para el surgimiento de virus resistentes a los antirretrovirales, infecciones oportunistas, incremento del

número de visitas al médico; todo esto incrementa el uso de medicamentos, con el riesgo de aparición de problemas relacionados a los medicamentos y resultados negativos de la medicación; generando gasto al sistema de salud y disminución de la calidad de vida relacionada a la salud (CVRS) de los pacientes con VIH; por lo cual la Adherencia al régimen antirretroviral permanece aún como un reto clínico. (Reynolds, Sun, Nagaraja, Gifford, Wu, & Chesney, 2014)

En la práctica clínica se utilizan pocas estrategias para mejorar el cumplimiento, unido a la escasa formación, tanto académica, como continuada de los profesionales de la salud en este ámbito. La OMS considera la falta de Adherencia a los tratamientos crónicos y sus consecuencias negativas clínicas y económicas un tema prioritario de la salud pública. Es necesario, por tanto, asumir esta responsabilidad hacia los pacientes y aplicar todo el potencial profesional para intentar corregir la falta de Adherencia a los tratamientos. Estudios han demostrado que la intervención del farmacéutico fomenta la Adherencia al tratamiento farmacológico. (Molina, García, Román, & García, 2013)

1.1.2.1 Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)

a. El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y sus subtipos [(VIH-1, VIH-2, el cual tiene más similitud con el virus simiano de inmunodeficiencia (SIV)] son retrovirus, y son los agentes etiológicos del SIDA. El VIH pertenece a una familia numerosa de lentivirus de ácido ribonucleico (ARN) caracterizado por asociación con enfermedades de inmunosupresión o del sistema nervioso central con largos periodos de incubación antes de manifestarse la enfermedad. (Klatt, 2008)

El genoma viral está constituido por dos moléculas de ARN de cadena simple (usualmente idénticas). Posee las enzimas transcriptasa reversa, proteasa, ribonucleasa e integrasa para su replicación. El genoma del VIH contiene 3 genes principales: gag, pol y env, que codifican para los principales componentes estructurales y funcionales del VIH cuyo ordenamiento es:

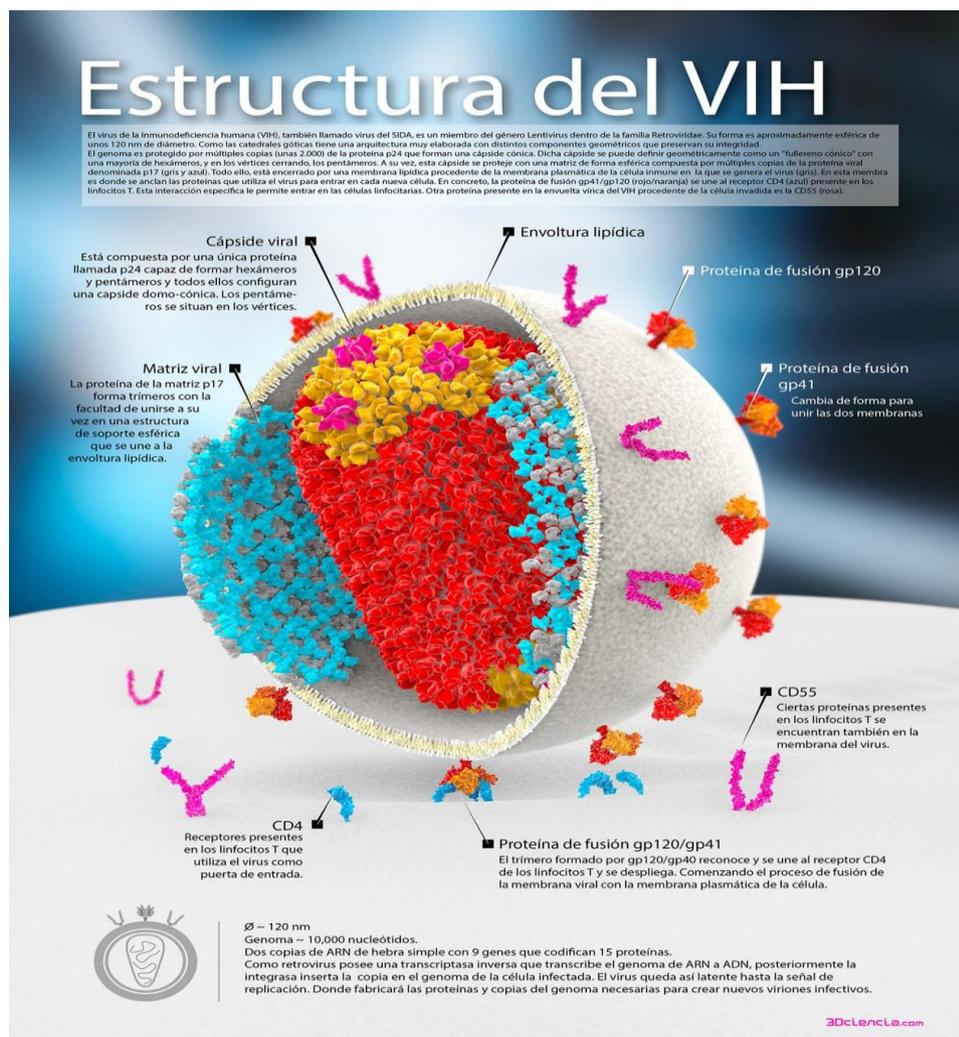
- gag: p55, p40, p24 (core); p17 (matriz); p7 (nucleocápside);
- pol: p66, p51 (transcriptasa reversa), p11 (proteasa) y p32 (integrasa).
- env: gp120 (glicoproteína externa) y gp41 (transmembrana) derivada de la glicoproteína precursora (gp160).

A pesar de que la mayoría de las proteínas virales del VIH son altamente inmunogénicas las respuestas de los anticuerpos varían de acuerdo a la carga viral y a la competencia inmune del huésped. La antigenicidad de estos componentes permite la base en la detección de anticuerpos en la mayoría de pruebas para el VIH. (Klatt, 2008)

Los genes accesorios incluyen:

- tat: produce una proteína regulatoria que promueve la transcripción de los provirus de VIH.
- rev: codifica para una proteína reguladora que comienza el proceso de transcripción del ARN viral a un patrón, que predomina con la infección establecida, llevando a la producción de proteínas virales estructurales y enzimáticas.
- nef: produce una proteína regulatoria que modifica la célula infectada para hacerla más adaptable para producir viriones de VIH.
- vif, vpr, y vpu(para VIH-1) o vpx(para VIH-2): codifican proteínas que parecen tener un papel importante generando efectos infecciosos y patogénicos. (Jawetz, Melnick & Adelberg, 2012)

Fig. 1. Estructura del virus de la inmunodeficiencia humana

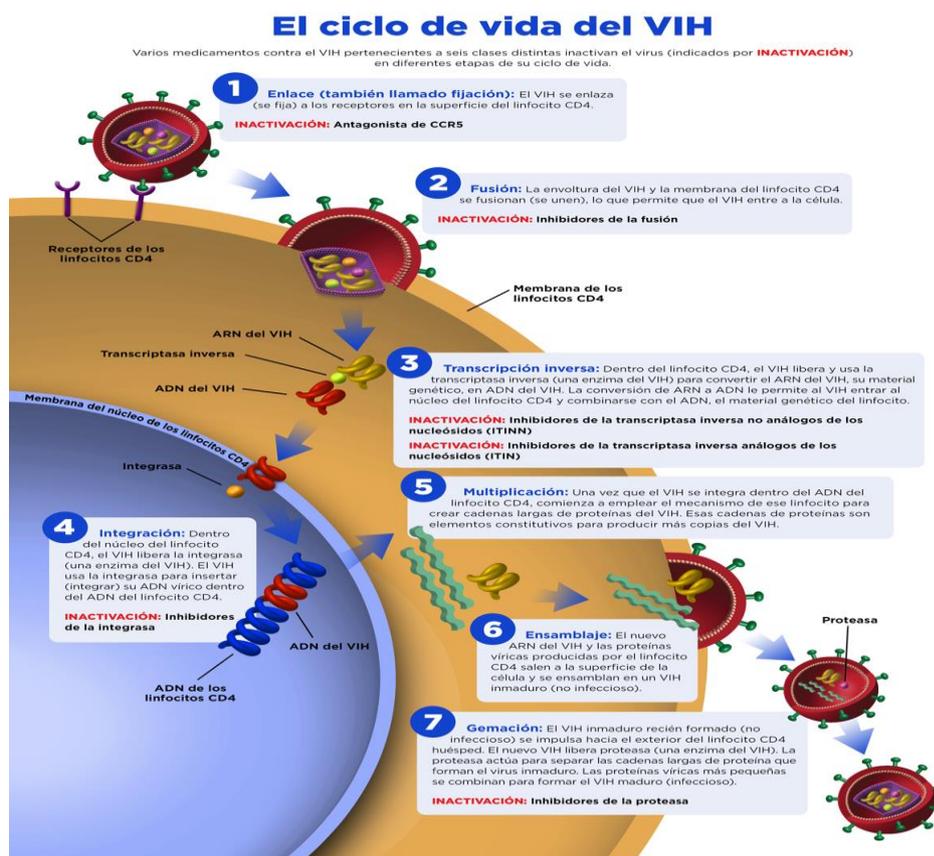


Fuente: <https://3dciencia.files.wordpress.com>

b. Ciclo de vida del VIH

La patogénesis de la infección por el VIH está en función de su ciclo de vida, el ambiente de la célula huésped y la cantidad de virus presente en el individuo infectado. El ciclo de vida del VIH se muestra en la figura 2 y comprende: (InfoSIDA, 2017)

Figura 2. Ciclo de vida del VIH



Fuente: <https://infosida.nih.gov/understanding-hiv-aids/infographics/12/el-ciclo-de-vida-del-vih>

1.1.2.2 Infección aguda por el VIH

Durante la infección aguda por VIH-1 el número de linfocitos TCD4 disminuye a niveles que permiten el desarrollo de infecciones oportunistas. Altos títulos de VIH son detectables en la sangre, la prueba para el antígeno p24 usualmente (pero no siempre) es positiva, mientras que los test de anticuerpos (como el enzimoimmunoensayo) son frecuentemente negativos en las primeras 3 semanas. Los altos niveles de viremia de VIH-1 son normalmente por corto tiempo, indicando que el huésped es capaz de generar una respuesta inmune que controla la replicación viral, simultáneamente hay un incremento de linfocitos CD8 citotóxicos. Después del período de incubación de unos días, unas semanas después de la exposición a VIH, la

mayoría de individuos infectados presentan síntomas similares a la gripe como: fiebre, rash maculopapular, úlceras orales, linfadenopatía, faringitis, pérdida de peso, meningitis aséptica, y mialgia. (Hoffmann, Rockstroh, & Kamps, 2010)

1.1.2.3 Progresión de la infección por VIH

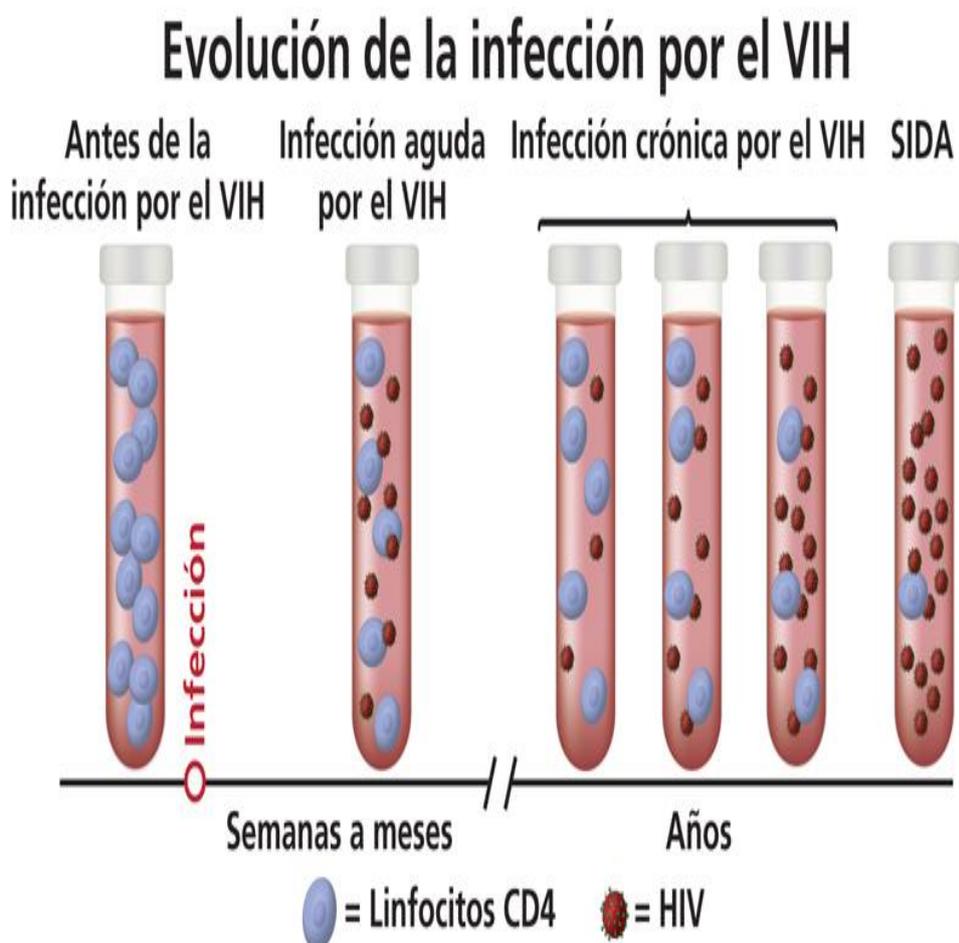
a. Fase latente:

Clínicamente, la infección por el VIH podría permanecer “latente” por años. La infección se mantiene por la continua replicación viral con reinfección de células huéspedes adicionales. (Hoffmann, Rockstroh, & Kamps, 2010)

b. Surgimiento y desarrollo de la infección:

El surgimiento del VIH de su latencia clínica es marcado por una disminución en linfocitos TCD4 y un incremento en la viremia. Cuando un número significativo de células TCD4 han sido destruidas y cuando la producción de nuevas células TCD4 no puede alcanzar la destrucción, el sistema inmune falla y se establece el SIDA clínico. El estadio de SIDA clínico es alcanzado años después de la infección inicial, está marcado por la aparición de una o más infecciones oportunistas típicas o neoplasmas. En promedio hay un período de 8 a 10 años desde la infección inicial al SIDA clínico en los adultos. El desarrollo de signos y síntomas del SIDA es paralelo a las pruebas de laboratorio para CD4. Una disminución de recuento total de CD4 por debajo de 500/ μ l presagia el desarrollo de SIDA clínico, y una disminución de menos de 200/ μ l no sólo define SIDA, también indica alta probabilidad de desarrollo de enfermedades oportunistas y/o neoplasmas. (Hoffmann, Rockstroh, & Kamps, 2010)

Figura 3. Historia natural de la infección por VIH



Fuente: <https://infosida.nih.gov/understanding-hiv-aids/glossary/4479/evolucion-de-la-infeccion-por-el-vih>

1.1.2.4 Pruebas de Diagnóstico para el VIH

Los anticuerpos específicos para VIH son producidos a poco tiempo del inicio de la infección, pero a bajo nivel de detección de algunas pruebas. Utilizando las pruebas de última generación los anticuerpos podrían detectarse en la mayoría de los individuos a las 6 a 12 semanas después de la infección. Las pruebas de tercera generación, ensayo tipo sándwich, pueden detectar anticuerpos entre 3 a 4 semanas después de la infección. (Niel, 2015)

Este periodo de ventana se puede reducir aún más utilizando pruebas de antígeno (p24) y aún a menos días utilizando la detección de ácido nucleico a 2 a 3 semanas. (Pilcher, C. D., Fiscus, S. A., Nguyen, T. Q., Foust, E., Wolf, L., Williams, D. ... & Hightow, L., 2005).

A pesar de que las pruebas cualitativas (si o no) son importantes, pruebas para el análisis cuantitativo se hacen muy necesarias. (Hoffmann, Rockstroh, & Kamps, 2010)

1.1.2.5 Diagnóstico por anticuerpos al VIH

Las pruebas para anticuerpos VIH requieren al menos 2 diferentes pruebas:

- Una prueba de cribado (test de screening): ELISA.
- Un test confirmatorio. (Hoffmann, Rockstroh, & Kamps, 2010)

a. Prueba de ELISA ("Enzyme-LinkedImmunoSorbentAssay", Ensayo por inmunoabsorción ligado a enzimas)

Todas las pruebas de anticuerpo están basadas en el principio de una reacción específica de antígeno-anticuerpo. Para evitar un resultado falso negativo con cepas de virus "exóticos", los antígenos utilizados deben ser capaces de unirse a anticuerpos contra todos los posibles tipos de virus (VIH-1, VIH-2), grupos (VIH-1-N, VIH-1-O), sub tipos (VIH-1C, B, etc). (Hoffmann, Rockstroh, & Kamps, 2010)

Son pruebas específicas para detectar anticuerpos para inmunoglobulina M (IgM) de VIH, por lo que tienen poca utilidad para la detección temprana, porque las respuestas a IgM de VIH no se producen consistentemente durante la infección temprana. Las pruebas de tercera generación pueden detectar simultáneamente anticuerpos para IgM e IgG lo que incrementa la sensibilidad analítica.

1.1.2.6 Ensayos confirmatorios:

a. Western Blot (WB):

Es utilizado para confirmar el ELISA positivo debido a su alta sensibilidad y especificidad, mediante la técnica de electroforesis para separar el antígeno de VIH, derivado de un lisado viral cultivado, purificado y desnaturalizado. Hallazgos positivos son interpretados por la presencia de dos o más bandas que representan proteínas específicas desnaturalizadas presentes en VIH-1: core (p17, p24, and p55), polimerasa (p31, p51, p66), y envoltura (gp41, gp120, gp160). Western Blot es positivo si se detecta reactividad para al menos dos de los siguientes antígenos: gp41, gp120/160 y p24. (Niel, 2015)

b. Inmunoensayo lineal (LIA):

La metodología es similar al Western Blot, pero utiliza antígenos recombinantes o péptidos sintéticos que son aplicados a bandas de nitrocelulosa, así estos antígenos artificiales disminuyen la presencia de contaminantes derivados de cultivos celulares que pueden causar interferencias. Un LIA positivo es interpretado como una banda reactiva en p24 y gp41, y en algunos casos de antígeno p31. El LIA puede ser utilizado para confirmar infección por VIH-2 por la adición de un antígeno específico como el p36. (Niel, 2015)

c. Ensayo de inmunofluorescencia indirecta (IFA):

El IFA utiliza una línea celular, linfocitos, infectados por el VIH-1 como sustrato. Múltiples antígenos del VIH están presentes para reaccionar con los anticuerpos del paciente. El IFA es rápido y menos costoso de realizar que el WB, pero los reactivos no están rápidamente disponibles y se necesita un equipo técnico adecuado (microscopio de fluorescencia) para

identificar e interpretar adecuadamente los hallazgos con el IFA por lo que IFA es menos utilizado que el WB o el LIA. (Niel, 2015)

c. Ensayo de antígenos p24 para VIH:

Detecta los antígenos del core p24 producidos por el gen gag del VIH-1. Esta prueba es esencialmente lo inverso al enzimoimmunoensayo para anticuerpos de VIH, ya que utiliza un anticuerpo para p24 colocado en una fase sólida, para capturar el p24 de la muestra de un paciente. El antígeno p24 puede ser detectado en algunas personas solo 1 semana después de la infección inicial por VIH-1. En la mayoría de los casos el antígeno p24 puede ser detectado 2 a 3 semanas después de la infección. Tiene utilidad en detectar la infección por VIH-1 en niños nacidos de madres infectadas por VIH-1. La sensibilidad del ensayo p24 al nacimiento es 100%, pero la especificidad es de solo 18%, alcanza el 100% a los 3 a 6 meses de edad. (Niel, 2015)

1.1.2.7 Pruebas para la evaluación Inicial y la Monitorización del Tratamiento Antirretroviral

Dos marcadores son utilizados para determinar el inicio del tratamiento y monitorizar la eficacia de la terapia; el recuento de linfocitos TCD4 y la carga viral. En adición se puede utilizar un test de resistencia para la selección de regímenes antirretrovirales, tropismo viral (antes de iniciar un régimen con antagonistas de CCR5) y test de HLA-B*5701 antes de iniciar Abacavir. (InfoSIDA, 2017)

a. Conteo de linfocitos TCD4:

Es el principal indicador clínico de inmunocompetencia en pacientes con VIH. Indica el momento de iniciar la profilaxis para infecciones

oportunistas, y es el más fuerte predictor de progresión de la enfermedad y de supervivencia. El CD4 se debe determinar cada 3 a 4 meses. Los valores normales de linfocitos TCD4 varían entre 600 a 1500 células/ml en individuos VIH negativos, los linfocitos TCD8 varían de 300 a 800 células/ml, la relación entre ambos es de 2 a 1. (InfoSIDA, 2017)

b. La carga viral:

Es el indicador más importante de respuesta a la terapia antirretroviral y puede ser útil para predecir la progresión clínica. El objetivo de la terapia es la supresión de la carga viral por debajo de los límites detectables (por debajo de 40-75 copias/ml). En individuos adherentes y que no presenten resistencia al tratamiento antirretroviral la supresión viral se alcanza entre las 16 a 24 semanas. La carga viral debe ser medida antes de iniciar la terapia y preferiblemente entre las 2 a 4 semanas, y no más de 8 semanas, después de iniciar el tratamiento o después de la modificación. Repetidas cargas virales deben ser realizadas en intervalos de 4 a 8 semanas hasta que el nivel se encuentre por debajo de los límites de detección.

1.1.2.8 Clasificación de la Infección por VIH y SIDA

El sistema de revisión clasificada para la infección por VIH y SIDA para adolescentes (≥ 13 años) y adultos implementado por el CDC en 1993 está basado en tres categorías clínicas, cada una de ellas subdividida en tres categorías de recuento de linfocitos TCD4. (InfoSIDA, 2017)

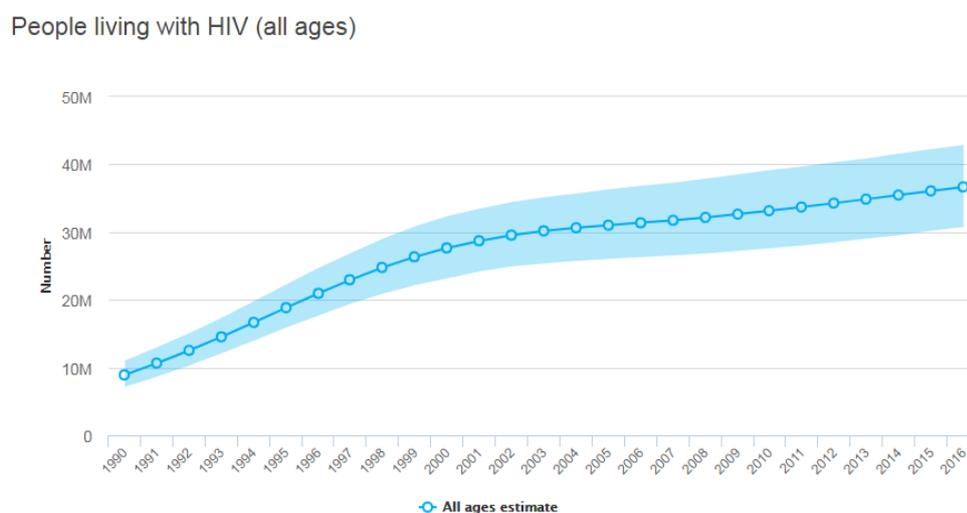
CLASIFICACION CDC 1993	CATEGORIAS CLINICAS		
	A	B	C
Categorías de linfocitos CD4	Infección asintomática o LGP. INFECCION AGUDA	Sintomática no A no C	Indicadoras de SIDA
≥ 500 cel/mm ³	A1	B1	C1
200-499/mm ³	A2	B2	C2
< 200/m L	A3	B3	C3

Fuente: <https://www.profinvih.org/cuanto-me-queda-de-vida>

1.1.2.9 Epidemiología y situación mundial de la infección por VIH.

El VIH, que continúa siendo uno de los mayores problemas para la salud pública mundial, se ha cobrado ya más de 25 millones de vidas. En 2017, un millón de personas fallecieron en el mundo por causas relacionadas con este virus. A finales de 2017 había aproximadamente 66,7 millones de personas infectadas por el VIH en el mundo, y en ese año se produjeron 1,8 millones de nuevas infecciones. De acuerdo con las estimaciones, solamente el 70% de las personas infectadas por el VIH conocen su estado serológico. El 30% restante (es decir, 7,5 millones de personas) necesita acceder a servicios de diagnóstico de esta infección. En 2016, 19,5 millones de personas infectadas por el VIH estaban en programas de TAR. Entre 2000 y 2016, el número de nuevas infecciones por el VIH se redujo en un 39% y las defunciones asociadas al virus disminuyeron en una tercera parte. Ello significa que se salvaron 13,1 millones de vidas gracias al TAR en ese periodo. Este logro fue fruto de enormes esfuerzos realizados en el marco de programas nacionales de lucha contra el VIH, con la ayuda de la sociedad civil y un conjunto de asociados para el desarrollo. (OMS, 2017)

Figura 4. Situación mundial del SIDA al finalizar el año 2016



Fuente: Onusida-OMS.2016

1.1.2.10 Situación del VIH y SIDA en el Perú

En el Perú el primer caso de SIDA, identificado en el año 1983, fue un paciente de 37 años residente en EEUU; homosexual, usuario de drogas, con múltiples compañeros sexuales, que manifiesta la enfermedad en el año 1982, cuando regresa al Perú y es hospitalizado. (Bisso, 1998).

En el Perú los casos reportados por la Oficina General de Epidemiología acerca del diagnóstico de VIH fueron de 109263 hasta el 31 de octubre del año 2017, y 40 551 para el SIDA, la proporción hombre/mujer fue de 3.9 para los casos de VIH y de 4.1 para los casos de SIDA, la principal vía de transmisión fue sexual (95%). (MINSa, 2017)

En Perú la “Ley CONTRASIDA N°26626” regula la atención a las personas viviendo con VIH y SIDA. El Ministerio de Salud es el encargado de elaborar el Plan Nacional de Lucha contra el Virus de Inmunodeficiencia Humana

(VIH), el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y las enfermedades de Transmisión Sexual (ETS); con los siguientes objetivos:

- a.** Coordinar y facilitar la implementación de las estrategias nacionales de control de VIH/SIDA y las ETS.
- b.** Promover la cooperación técnica y económica nacional, y extranjera destinada a la prevención, control y asistencia del VIH/SIDA y las ETS.
- c.** Proponer los cambios legislativos que faciliten y garanticen el adecuado desarrollo de la lucha contra el VIH/SIDA y las ETS en el país. (Congreso de la Republica, 1997)

Esta ley fue ampliada por la ley N°28243 el año 2004, que contempla en su artículo 7 que la atención de las personas que viven con VIH y SIDA (PVVS) debe responder de manera integral a sus componentes biológico, psicológico y espiritual, comprendiendo en dicho proceso a su familia y a la sociedad. Toda persona que se encuentre viviendo con VIH y SIDA tiene derecho a recibir atención integral de salud continua y permanente por parte del Estado, a través de todos los establecimientos de salud donde tenga administración, gestión o participación directa o indirecta y a la prestación previsional que el caso requiera. La atención integral de salud comprende las siguientes intervenciones en salud:

- a.** Acciones de prevención, diagnóstico, tratamiento, monitoreo, consejería pre y post diagnóstico, rehabilitación y reinserción social.
- b.** Atención ambulatoria, hospitalaria, domiciliaria y/o comunitaria.
- c.** El suministro de medicamentos requeridos para el tratamiento adecuado e integral de la infección por el VIH y SIDA, que en el momento se consideren eficaces para prolongar y mejorar la calidad de vida de las PVVS, estableciendo la gratuidad progresiva en el tratamiento antirretroviral, con prioridad en las personas en situaciones de vulnerabilidad y pobreza extrema.

- d. La provisión de recursos humanos, logísticos e infraestructura necesarios para mantener recuperar, y rehabilitar el estado de salud de las PVVS. (MINSA, 2015)

Actualmente la “Norma Técnica de Salud de Atención Integral del Adulto con Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)” tiene como finalidad, reducir la transmisión 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. (MINSA, 2015)

1.1.2.11 Tratamiento antirretroviral

Hasta el 2003 el alto costo de los medicamentos, el débil o inadecuado sistema de salud y el poco financiamiento impedía el amplio uso del tratamiento antirretroviral en países de bajos o medianos ingresos económicos. Pero en años recientes, el incremento del compromiso político y financiero ha permitido la expansión del acceso a la terapia para el VIH. (OPS, 2016)

La norma técnica del MINSA, señala que los criterios para el inicio del tratamiento antirretroviral son los siguientes:

- a. Todo paciente sintomático que se encuentre dentro de la clasificación B ó C del CDC (1993), independientemente de los niveles de CD4 y de carga viral.
- b. Todo paciente con niveles de carga viral mayor a 5000 copias/ml o recuento de células T CD4 menor a 200 células/mm³, independientemente de las manifestaciones clínicas.
- c. En los pacientes asintomáticos con un recuento de células TCD4 igual o mayor de 200 células /mm³, la decisión de ingreso al TARGA será

definida por el equipo multidisciplinario, siempre y cuando se cumpla con las siguientes condiciones:

- Carga viral mayor o igual a 5000 copias /ml.
 - Caída significativa del recuento de células T CD4 igual o mayor de 100 células/mm³ monitorizada cada tres meses y la carga viral mayor o igual a 5000 copias/ml.
- d.** Los pacientes asintomáticos con recuento de células T CD4 por encima de 200 cel/mm³ y carga viral menor a 5000 copias/ml deberán ser monitorizados por el especialista regularmente cada 3 ó 6 meses desde el punto de vista clínico, inmunológico y virológico a fin de evaluar la progresión de la infección.

Actualmente existen más de 20 fármacos antirretrovirales aprobados por la FDA, agrupados en 4 clases, con los cuales se diseñan los diferentes esquemas de tratamiento. Estos fármacos actúan en las diferentes etapas de la replicación del VIH. Estas 4 clases incluyen:

- Inhibidores nucleósidos/nucleótidos de la transcriptasa reversa (INTR).
- Inhibidores no nucleósidos de la transcriptasa reversa (INNTR).
- Inhibidores de la proteasa (IP).
- Inhibidores de la entrada del VIH: inhibidores de la fusión, antagonistas de los receptores CCR5 e inhibidores de la integrasa.

Los esquemas aprobados por la Estrategia Sanitaria del MINSA con su NTS-097 del año 2015-2019, son los que se aprecian a continuación.

Esquemas de tratamiento antirretroviral en adultos con infección por VIH

Esquema de elección	Dosificación	Observaciones
Tenofovir / Emtricitabina / Efavirenz (TDF/FTC/EFV)	1 tableta de Tenofovir 300 mg / Emtricitabina 200 mg / Efavirenz 600 mg, en dosis fija combinada (DFC), cada 24 horas (al acostarse).	
Esquemas alternativos	Dosificación	Observaciones
Tenofovir / Emtricitabina + Efavirenz (TDF/FTC+EFV)	1tableta de Tenofovir 300 mg / Emtricitabina 200 mg (DFC), Mas 1 tableta de Efavirenz 600 mg juntas cada 24 horas (al acostarse).	Se utilizará este esquema, cuando no se cuente con la presentación en dosis fija combinada.
Tenofovir + Lamivudina + Efavirenz (TDF+3TC+EFV)	1tableta de Tenofovir 300 mg MAS 2 tabletas de Lamivudina 150 mg MAS 1 tableta de Efavirenz 600 mg juntas cada 24 horas (al acostarse)	Se utilizará este esquema, cuando no se cuenta con la presentación en dosis fija combinada.
Abacavir / Lamivudina + Efavirenz (ABC/3TC+EFV)	1 tableta de Abacavir 600 mg / Lamivudina 300 mg (DFC) cada 24 horas MAS 1 tableta de Efavirenz 600 mg cada 24 horas (al acostarse)	Solamente en pacientes con CV < 100,000 copias/ml, con examen de HLA B*5701 negativo y que tenga contraindicación para el uso del esquema de elección.

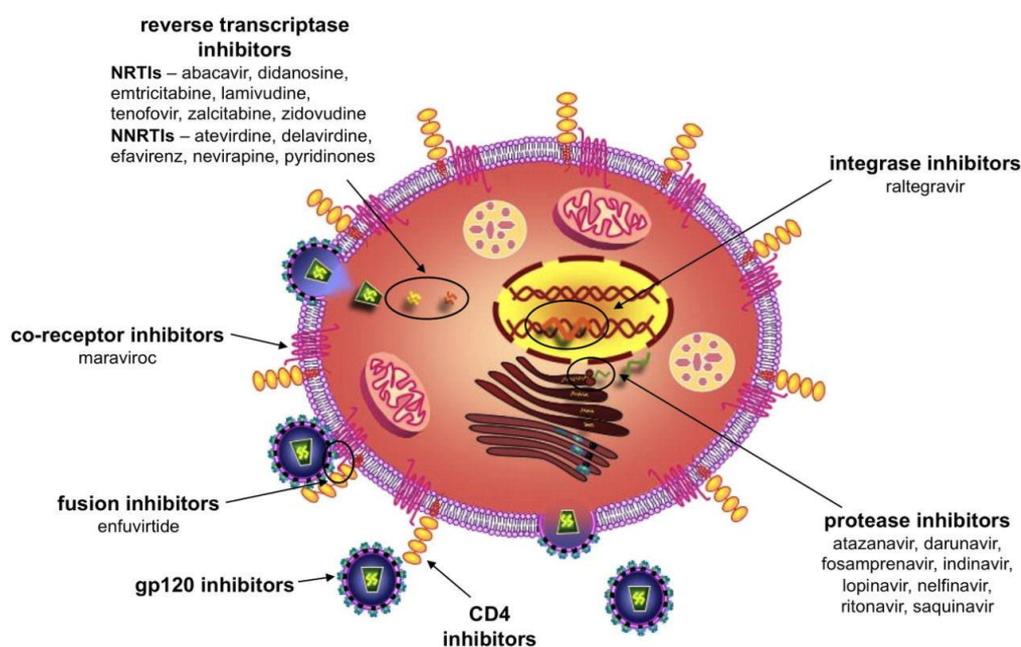
<p>Abacavir + Lamivudina + Efavirenz (ABC+3TC+EFV)</p>	<p>1 tableta de Abacavir 300 mg cada 12 horas MAS 1 tableta de Lamivudina 150 mg cada 12 horas MAS 1 tableta de Efavirenz 600 mg cada 24 horas (al acostarse).</p>	<p>Solamente en pacientes con CV < 100,000 copias/ml, con examen de HLA B*5701 negativo y que tenga contraindicación para el uso del esquema de elección y en ausencia de dosis fija combinada ABC/3TC.</p>
<p>Zidovudina / Lamivudina + Efavirenz (AZT/3TC+EFV)</p>	<p>1 tableta de Zidovudina 300 mg / Lamivudina 150 mg (DFC) cada 12 horas MAS 1 tableta de Efavirenz 600 mg cada 24 horas (al acostarse).</p>	<p>Para pacientes que tienen alguna contraindicación para el uso de Tenofovir o Abacavir.</p>

Fuente:http://www.digemid.minsa.gob.pe/UpLoad/UpLoaded/PDF/Normatividad/2014/RM_962-2014.pdf

- Si el uso de los INNTR está contraindicado, o se presentan eventos adversos severos relacionados a su uso, serán reemplazados por un inhibidor de la proteasa (Lopinavir 200 mg / Ritonavir 50 mg (DFC) 2 tabletas cada 12 horas, o Atazanavir 300 mg / Ritonavir 100mg (DFC) 1 tableta cada 24 horas, ó 1 tableta de Atazanavir 300 mg más 1 tableta de Ritonavir 100 mg cada 24 horas).
- El esquema Zidovudina/Lamivudina/Nevirapina (AZT/3TC/NVP) (DFC) como esquema de inicio será utilizado solamente en casos en los que los esquemas alternativos tengan contraindicación para su uso.

- No se deberá iniciar esquemas de tratamiento que incluyan Estavudina (d4T) o Didanosina (ddI). En pacientes que vienen recibiendo dichos medicamentos se deberá cambiar a medicamentos y esquemas indicados en la presente norma técnica de manera progresiva.
- Otros medicamentos requeridos para esquemas de primera línea deberán ser evaluados y autorizados por el Comité de Expertos.
- En pacientes antes tratados o que abandonaron el TARGA, se deberá reiniciar el último esquema TARGA que el paciente estuvo recibiendo y realizar un control virológico al tercer mes de tratamiento. De no obtener supresión virológica se deberá realizar la prueba de genotipificación correspondiente.
- En pacientes con falla virológica, los medicamentos disponibles como parte del esquema de rescate son Atazanavir, Lopinavir, Darunavir, Raltegravir, Etravirina y Maraviroc, los cuales se elegirán de acuerdo al resultado de la prueba de genotipificación para VIH.
- Para el uso de medicamentos como Darunavir, Raltegravir, Etravirina y Maraviroc, se requiere la autorización del Comité de Expertos en Atención Integral del adulto con Infección por VIH. Para el uso de Maraviroc se deberá contar previamente con una prueba de tropismo que indique la presencia del co-receptor CCR5, la cual se solicitará al INS.
- Cuando se considere el uso de Abacavir se deberá contar previamente con un resultado de la prueba de HLA - B*5701 negativo, la cual se solicitará al INS. (MINSa, 2015)

Figura 6. Blancos de acción de los fármacos antirretrovirales



Fuente: <https://brilliantnurse.com/nclex-antiviral-drugs-2/>

Los regímenes TARGA pueden incluir combinaciones de uno o más de los INTR, INNTR y un IP. La combinación de fármacos más ampliamente estudiada para el tratamiento de pacientes nuevos consiste de 2 INTR más o un INNTR o un IP (con o sin ritonavir como potenciador “boosting”). (MINSa, 2015)

1.1.3 Adherencia al Tratamiento Antirretroviral

1.1.3.1 Definición

El concepto de “Adherencia” ha evolucionado a través del tiempo, los primeros estudios hablan de: “Compliance” (en inglés), cuya interpretación al español sería “obediencia”, “cumplimiento”, es un término con una connotación negativa; que sugiere sumisión. Por lo tanto el término “Non-compliance” (en inglés) o “incumplimiento” se definiría como un fallo o rechazo a cumplir las órdenes médicas y puede implicar desobediencia. En el

contexto de la salud, “compliance” se define como el “Grado hasta el cual la conducta del paciente, en términos de tomar medicamentos, seguir las dietas o ejecutar los cambios en el estilo de vida, coincide con la prescripción clínica”. (Rigueira, 2015)

Aunque no existe una definición universalmente aceptada, se propone la siguiente para los pacientes con infección por VIH: “adherencia es la capacidad del paciente de implicarse correctamente en la elección, inicio y control del TAR, que permita mantener el cumplimiento riguroso del mismo con el objetivo de conseguir una adecuada supresión de la replicación viral”. Por lo tanto, la adherencia incorrecta no es solamente un porcentaje determinado a partir de las dosis de medicación no tomadas. La Adherencia a corto y largo plazo es el resultado de un proceso complejo que se desarrolla a través de diferentes etapas: la aceptación del diagnóstico, la percepción de la necesidad de realizar el tratamiento de forma correcta, la motivación para hacerlo, la disposición y entrenamiento de habilidades para realizarlo, la capacidad de superar las barreras o dificultades que aparezcan, y el mantenimiento de los logros alcanzados con el paso del tiempo. (GeSIDA, 2018)

Los niveles de fallo en el tratamiento se incrementan rápidamente con los niveles bajos de adherencia. La monitorización, la educación y la intervención son necesarias para asegurar la Adherencia duradera, incluyendo la monitorización cercana de los efectos adversos. La Adherencia requiere de un plan individual, ya que una única estrategia no funciona para todos los pacientes por igual. (InfoSIDA, 2017)

1.1.3.1 Métodos para valorar la Adherencia:

El método ideal para valorar la adherencia debería cumplir con los siguientes requisitos:

- Ser altamente sensible.
- Especifico.
- Permitir una medida cuantitativa y continua.
- Fiable.
- Reproducible.
- Aplicable en diferentes situaciones.
- Ser rápido y económico

Los métodos para la valoración de la adherencia se clasifican en dos grupos:

- Métodos directos: Involucran la detección de un compuesto químico (metabolito o marcador) en un fluido corporal (sangre u orina).
- Métodos indirectos: son los más reportados en la literatura. Incluyen los procesos de medida como las encuestas, diarios, conteo de tabletas, fechas de recojo de prescripción, y medida de objetivos y resultados terapéuticos. (GeSIDA, 2018)

Estos instrumentos deben presentar excelentes propiedades psicométricas tales como:

- Fiabilidad,
- Reproducibilidad
- Validez
- Sensibilidad al cambio
- Adaptación cultural y lingüística para su uso en poblaciones de características culturales y lingüísticas similares (como la población en este estudio). (GeSIDA, 2018)

Los farmacéuticos en el Seguimiento Farmacoterapéutico necesitan identificar los factores que influyen en la Adherencia para elaborar un plan para cada paciente por lo que se necesitan instrumentos validados para evaluar la Adherencia en la práctica profesional. (MINSA, 2015)

1.2 Justificación de la investigación

El presente estudio se realiza a razón de que día a día se presentan más casos de pacientes diagnosticados con VIH/SIDA en el Hospital III José Cayetano Heredia – EsSalud - Piura, motivo de preocupación para los trabajadores del sector salud que vienen realizando denodados esfuerzos para disminuir la cantidad de nuevos pacientes con esta penosa enfermedad, mismos que a pesar de que pueden recibir su tratamiento de manera gratuita no son constantes a recibirlo y no se adhieren al 100 % a dicho régimen que les puede prolongar los años de vida.

Además, esta investigación sobre la Adherencia al Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad, nació en la etapa del internado, donde vimos morir a una persona portadora del virus y que era años menor que nosotros. Tal acontecimiento nos llevó a preguntar ¿Por qué, si los antirretrovirales, si bien no curan la enfermedad y ayudan a prolongar la existencia de las personas portadoras, estas mueren? ¿Qué es lo que está fallando en el esquema de tratamiento? ¿La dosis, el medicamento o el paciente?

Esta investigación a desarrollar, tiene como propósito aportar base teórico para próximas investigaciones relacionadas al tema.

Los resultados de la investigación servirán para reafirmar a las autoridades, personal de salud la importancia de la adherencia al TARGA, esto con el fin de prolongar los años de existencia y brindarles una mejor calidad de vida a los pacientes que sean portadores de VIH/SIDA.

1.3 Problema

¿Cuál es el porcentaje de Adherencia al TARGA (Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad) en los pacientes mayores de 18 años, con diagnóstico de VIH/SIDA del Hospital III José Cayetano Heredia - EsSalud - Piura 2012 - 2017?

1.4 Conceptualización y operacionalización de las variables

Adherencia al TARGA

a. Definición Conceptual

Adherencia:

Adherencia, que deriva del vocablo latino “adhaerentia”, es un concepto que hace mención a la aglutinación o el pegamiento físico de distintos elementos. La Adherencia también es la propiedad de aquello que es adherente (que se pega a otra cosa).

Targa:

Se define como “TARGA”, al Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad que es la combinación de tres tipos de medicamentos antirretrovirales que controla la cantidad de virus en la sangre y mejora el sistema de defensas del organismo. (MINSA, 2009)

Por lo que Adherencia al TARGA es el grado en que el comportamiento de una persona, tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria. (Ramos, 2015).

b. Definición Operacional:

FICHA TECNICA elaborada por los autores para el registro de dispensaciones realizadas a los pacientes que formaron parte de la muestra de esta investigación y que fue previamente validada..

TEST DE MORISKY GREEN. El paciente es considerado como cumplidor si se responde de forma correcta a las 4 preguntas, es decir, No/Sí/No/No. Este test es muy eficaz en enfermedades crónicas frecuentes.

1. ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?
2. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?
3. Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?
4. Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?

En todos los casos se debe responder “SI” o “NO”.

1.5 Hipótesis

Ha: Existe un elevado porcentaje de Adherencia al TARGA, en los pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de VIH/SIDA del Hospital III José Cayetano Heredia, EsSalud - Piura, 2012 - 2017.

Ho: No existe un elevado porcentaje de Adherencia al TARGA, en los pacientes mayores de 18 años con VIH/SIDA del Hospital III José Cayetano Heredia, EsSalud - Piura, 2012 - 2017.

1.6 Objetivos

1.6.1 General

Evaluar el porcentaje de Adherencia al TARGA en los pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de VIH/SIDA del Hospital III José Cayetano Heredia, EsSalud - Piura, 2012 - 2017.

1.6.2 Específicos

- Determinar el porcentaje de Adherencia al TARGA de pacientes hombres y mujeres mayores de 18 años con diagnóstico de VIH/SIDA del Hospital III José Cayetano Heredia, EsSalud - Piura, 2012 - 2017.
- Evaluar el porcentaje de Adherencia al TARGA por año de pacientes hombres y mujeres mayores de 18 años con diagnóstico de VIH/SIDA del Hospital III José Cayetano Heredia, EsSalud - Piura desde el año 2012 hasta el año 2017.
- Determinar el porcentaje de crecimiento por año, de los pacientes nuevos mayores de 18 años con diagnóstico de VIH/SIDA, del Hospital III José Cayetano Heredia, EsSalud - Piura desde el año 2012, hasta el año 2017.
- Identificar la edad con mayor número de pacientes 100% Adherentes al TARGA por año, con diagnóstico de VIH/SIDA del Hospital III José Cayetano Heredia, EsSalud - Piura, 2012 - 2017.
- Determinar el porcentaje pacientes hombres y mujeres mayores de 18 años fallecidos con diagnóstico de VIH/SIDA, del Hospital III José Cayetano Heredia, EsSalud - Piura 2012 - 2017.

II. METODOLOGÍA

2.1 Tipo y Diseño de investigación

- Tipo de investigación que se utilizó en el presente estudio de investigación es:

Descriptiva: Porque se describirán cada uno de los datos recogidos que nos permitan encontrar los resultados que darán respuesta a cada objetivo del estudio realizado.

- El diseño que se utilizó para la investigación es:

Retrospectiva: Porque se realizó el estudio y análisis de los datos recogidos de años anteriores al año en que se hizo el estudio.

2.2 Población - Muestra

2.2.1 Población: Constituida por todos los pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA, que reciben atención médica en el Servicio de Infectología del Hospital III José Cayetano Heredia, EsSalud - Piura, 2012 - 2017.

2.2.2 Muestra: Todos los pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de VIH/SIDA del Hospital III José Cayetano Heredia, EsSalud - Piura 2012 - 2017, que recibieron TARGA.

2.2.2.1 Criterios de inclusión

Pacientes mayores de 18 años, con TARGA

2.2.2.2 Criterios de exclusión

Pacientes menores de 18 años, con TARGA.

Pacientes mayores de 18 años con TARGA de profilaxis debido a accidente laboral.

2.3 Técnicas e instrumentos de investigación

2.3.1 Técnicas

En el presente trabajo de investigación se utilizó encuesta y la entrevista para la aplicación de la misma.

2.3.2 Instrumentos

En el presente trabajo de investigación se utilizó 2 instrumentos para la recolección de datos que se detallan a continuación:

Instrumento N° 01

Ficha Técnica de Registro de Dispensaciones.

Instrumento N° 02

El TEST DE MORISKY GREENE, este método, que está validado para diversas enfermedades crónicas, fue desarrollado originalmente por Morisky, Green y Levine. (Villa, 2014),

2.4 Procesamiento y análisis de la información

Los datos una vez concluida su recolección mediante “La ficha técnica de registro de dispensación de medicamentos”, elaborado por los autores, y la aplicación del Test de Morisky – Green, se organizarán en una base de datos y se procesarán en Microsoft Excel, presentándose los resultados en tablas y gráficos. Este análisis nos permitirá alcanzar los objetivos de la presente investigación.

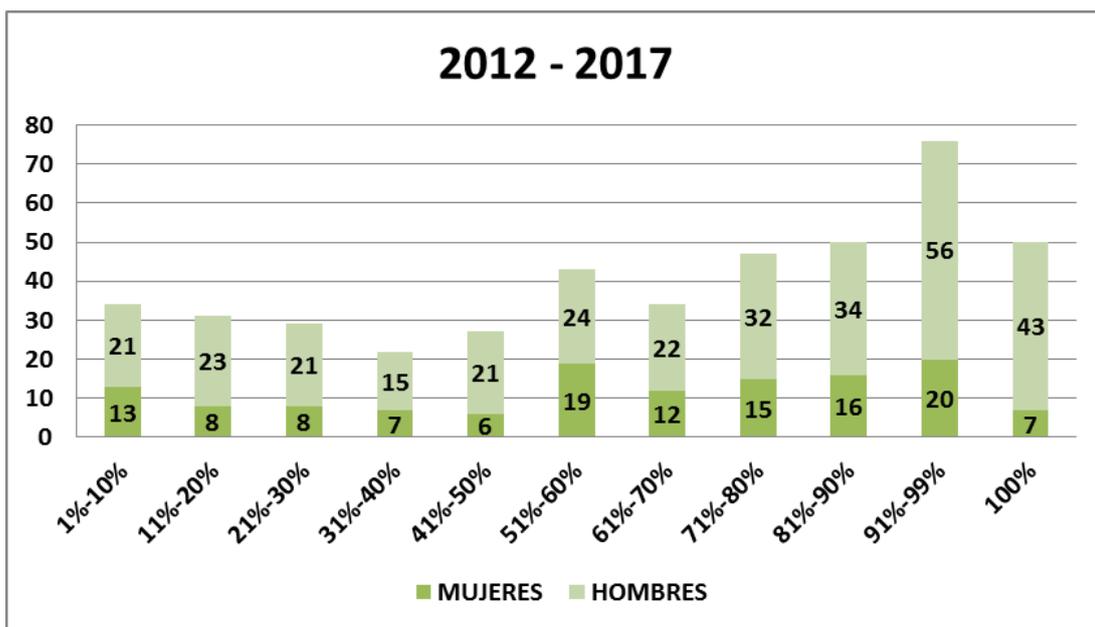
III. RESULTADOS

3.1 Evaluación del porcentaje de Adherencia al TARGA en los pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de VIH/SIDA

Tabla 1: Porcentaje de Adherencia al TARGA 2012 - 2017

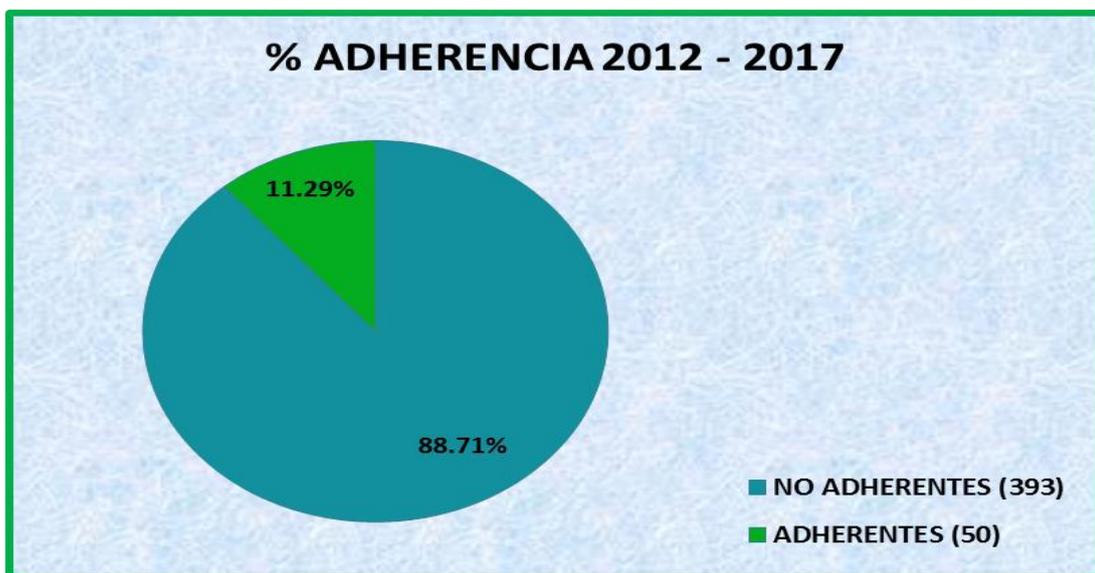
PORCENTAJE	2012 – 2017						ADHERENCIA	
	MUJERES		HOMBRES		TOTAL			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
1%-10%	13	2.93	21	4.74	34	7.67		
11%-20%	8	1.81	23	5.19	31	7.00		
21%-30%	8	1.81	21	4.74	29	6.55		
31%-40%	7	1.58	15	3.39	22	4.97		
41%-50%	6	1.35	21	4.74	27	6.09	393	88.71%
51%-60%	19	4.29	24	5.42	43	9.71		
61%-70%	12	2.71	22	4.97	34	7.67		
71%-80%	15	3.39	32	7.22	47	10.61		
81%-90%	16	3.61	34	7.67	50	11.29		
91%-99%	20	4.51	56	12.64	76	17.16		
100%	7	1.58	43	9.71	50	11.29	50	11.29%
TOTAL	131	29.57%	312	70.43%	443	100%	443	100%

FUENTE: Ficha Técnica de Registro de Dispensaciones, elaborado por los Bachilleres, José Dilter Abad Neira y Gina Denisse Imán Chiroque, aplicado en el Hospital III José Cayetano Heredia, EsSalud - Piura. Test Morisky - Green.



FUENTE: Ficha Técnica de Registro de Dispensaciones, elaborado por los Bachilleres, José Dilter Abad Neira y Gina Denisse Imán Chiroque, aplicado en el Hospital III José Cayetano Heredia, EsSalud - Piura.

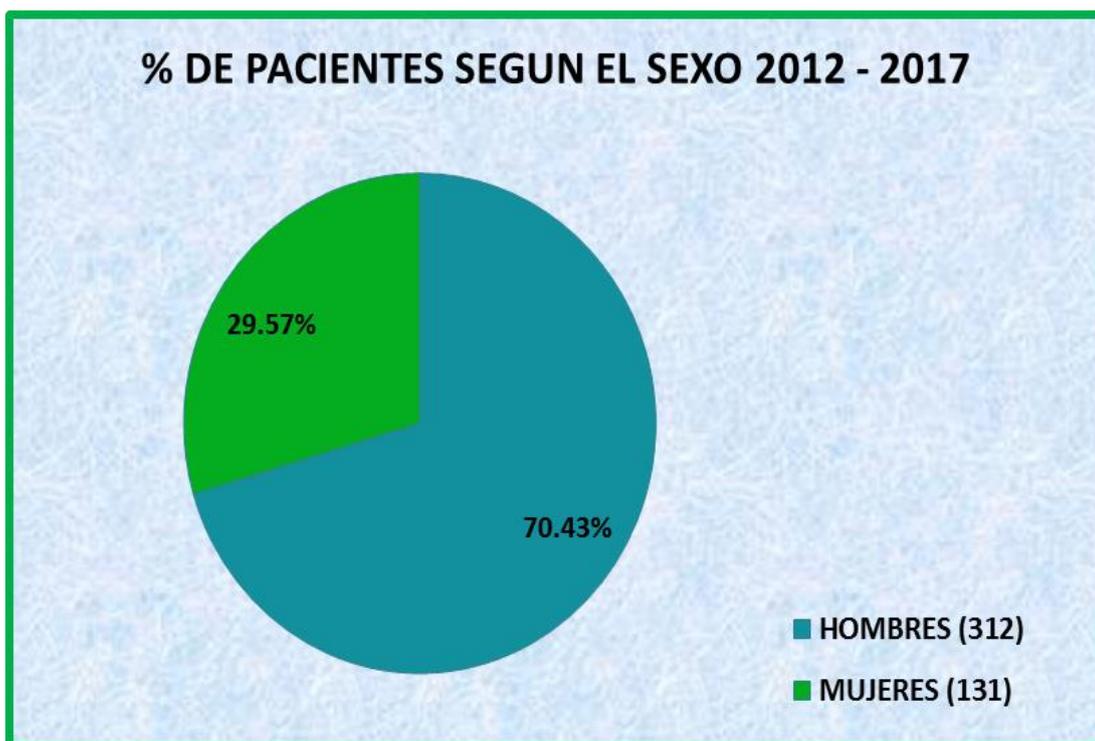
Gráfico 1: Porcentaje de Adherencia al TARGA 2012 – 2017



FUENTE: Ficha Técnica de Registro de Dispensaciones, elaborado por los Bachilleres, José Dilter Abad Neira y Gina Denisse Imán Chiroque, aplicado en el Hospital III José Cayetano Heredia, EsSalud - Piura. Test de Morisky - Green.

Gráfico 1.1: Porcentaje de Adherencia al TARGA 2012 – 2017

Leyenda: se reporta que el 11.29% de los pacientes fueron adherentes al TARGA, mientras que el 88.17% no lo fueron.

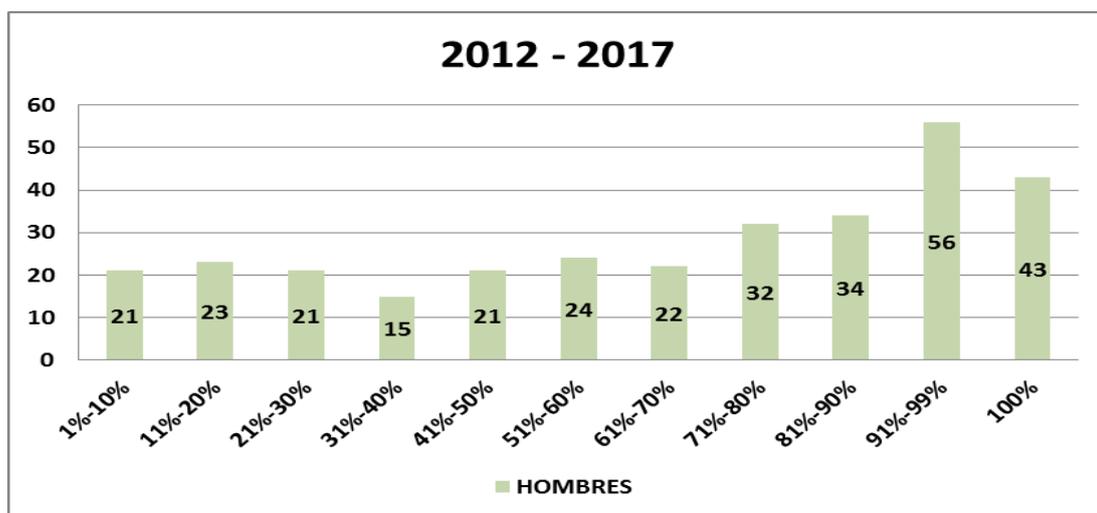


FUENTE: Ficha Técnica de Registro de Dispensaciones, elaborado por los Bachilleres, José Dilter Abad Neira y Gina Denisse Imán Chiroque, aplicado en el Hospital III José Cayetano Heredia, EsSalud - Piura.

Grafico 2: Porcentaje de pacientes con VIH/SIDA según el sexo 2012 - 2017

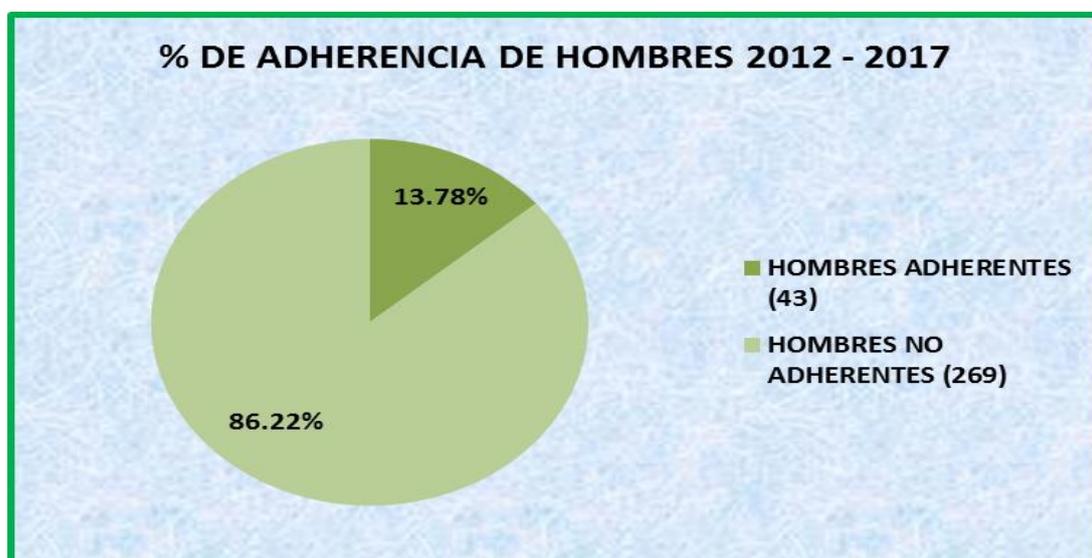
Leyenda: se reporta que el 70.43% de los pacientes son hombres, mientras que el 29.57% son mujeres.

3.2 Determinación del porcentaje de Adherencia al TARGA en pacientes Hombres y Mujeres mayores de 18 años con diagnóstico de VIH/SIDA



FUENTE: Ficha Técnica de Registro de Dispensaciones, elaborado por los Bachilleres, José Dilter Abad Neira y Gina Denisse Imán Chiroque, aplicado en el Hospital III José Cayetano Heredia, EsSalud - Piura.

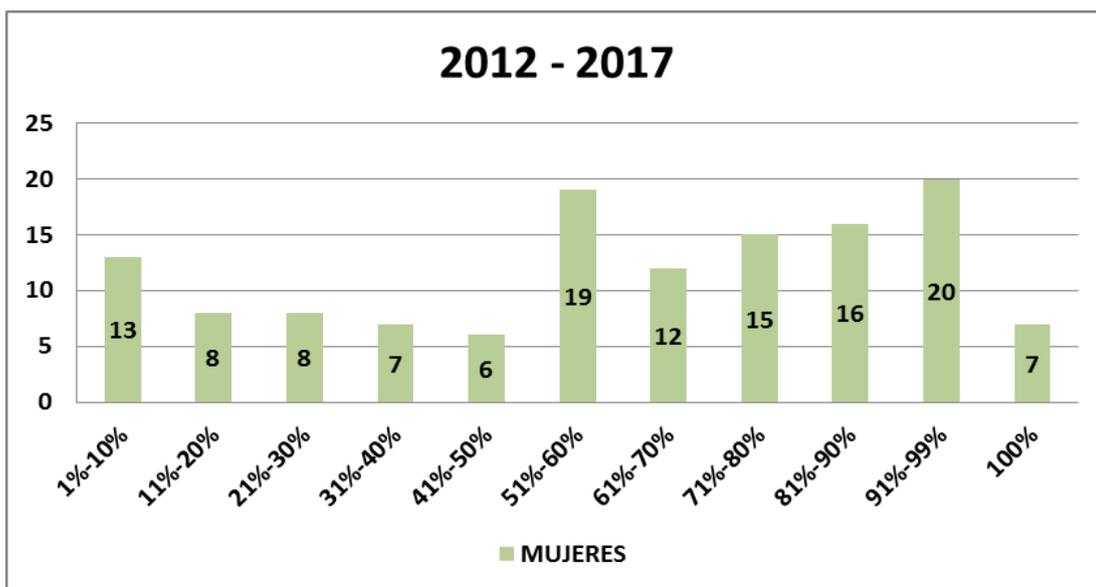
Gráfico 3: Porcentaje de Adherencia al TARGA de hombres 2012 - 2017



FUENTE: Ficha Técnica de Registro de Dispensaciones, elaborado por los Bachilleres, José Dilter Abad Neira y Gina Denisse Imán Chiroque, aplicado en el Hospital III José Cayetano Heredia, EsSalud - Piura. Test Morisky - Green.

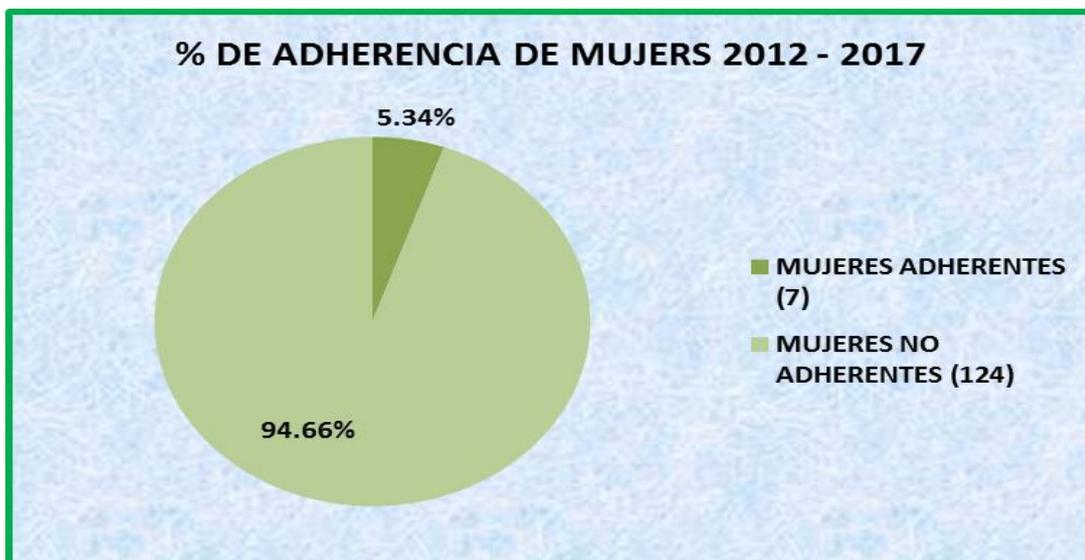
Gráfico 3.1: Porcentaje de Adherencia de hombres y mujeres 2012 – 2017

Leyenda: se manifiesta que el 13.78% de hombres fueron adherentes al TARGA, mientras que el 86.22% no lo fueron.



FUENTE: Ficha Técnica de Registro de Dispensaciones, elaborado por los Bachilleres, José Dilter Abad Neira y Gina Denisse Imán Chiroque, aplicado en el Hospital III José Cayetano Heredia, EsSalud - Piura.

Gráfico 4: Porcentaje de Adherencia al TARGA de mujeres 2012 - 2017



FUENTE: Ficha Técnica de Registro de Dispensaciones, elaborado por los Bachilleres, José Dilter Abad Neira y Gina Denisse Imán Chiroque, aplicado en el Hospital III José Cayetano Heredia, EsSalud - Piura. Test Morisky - Green.

Gráfico 4.1: Porcentaje de Adherencia de mujeres 2012 – 2017

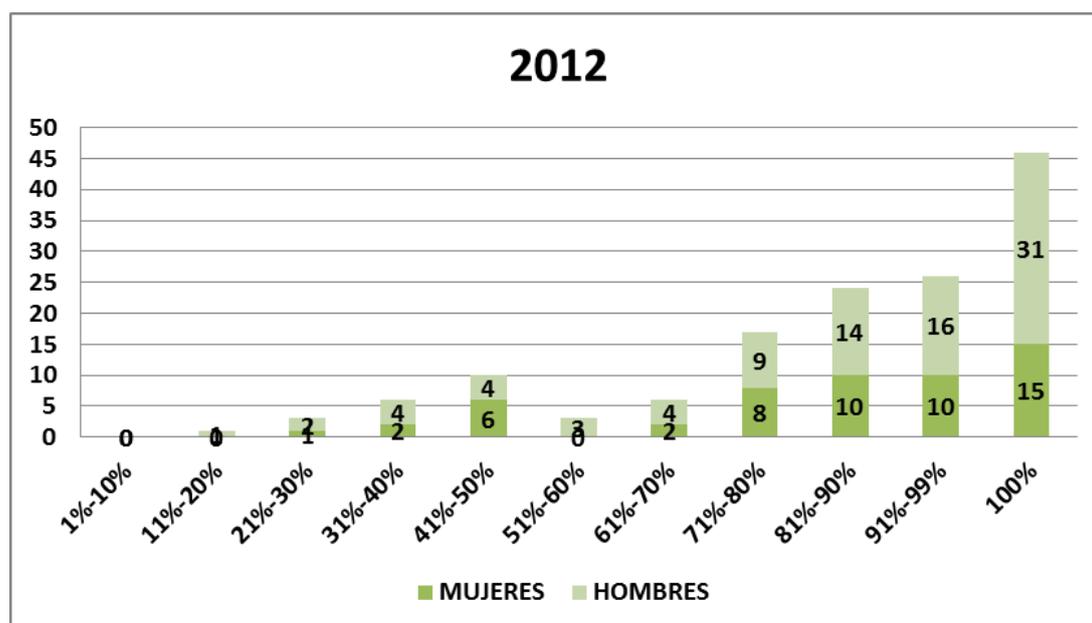
Leyenda: se manifiesta que el 5.34% de mujeres fueron adherentes al TARGA, mientras que el 96.66% no lo fueron.

3.3 Evaluación del porcentaje de Adherencia por año al TARGA en pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de VIH/SIDA.

Tabla 2: Porcentaje de Adherencia al TARGA del año 2012

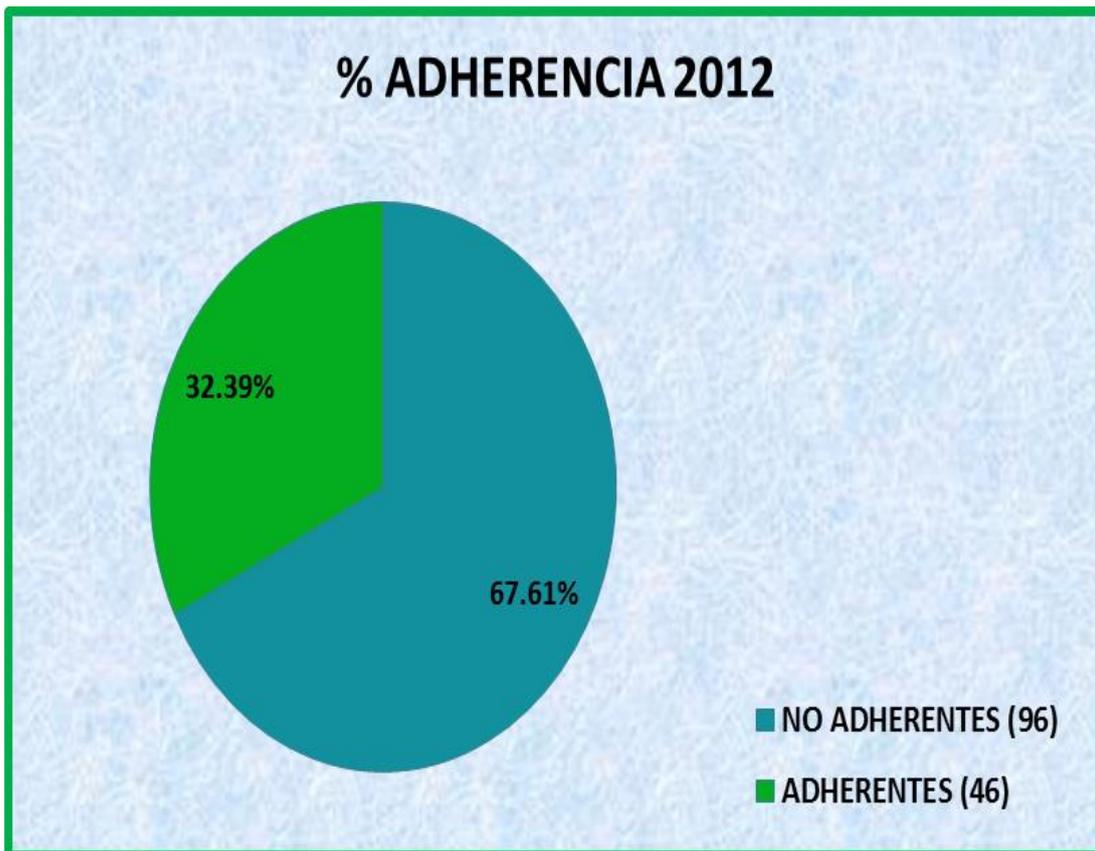
PORCENTAJE	2012							
	MUJERES		HOMBRES		TOTAL		ADHERENCIA	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
1%-10%	0	0.00	0	0.00	0	0.00		
11%-20%	0	0.00	1	0.70	1	0.70		
21%-30%	1	0.70	2	1.41	3	2.11		
31%-40%	2	1.41	4	2.82	6	4.23		
41%-50%	6	4.23	4	2.82	10	7.04		
51%-60%	0	0.00	3	2.11	3	2.11		
61%-70%	2	1.41	4	2.82	6	4.23	96	67.61%
71%-80%	8	5.63	9	6.34	17	11.97		
81%-90%	10	7.04	14	9.86	24	16.90		
91%-99%	10	7.04	16	11.27	26	18.31		
100%	15	10.56	31	21.83	46	32.39	46	32.39%
TOTAL	54	38.03%	88	61.97%	142	100%	142	100%

FUENTE: Ficha Técnica de Registro de Dispensaciones, elaborado por los Bachilleres, José Dilter Abad Neira y Gina Denisse Imán Chiroque, aplicado en el Hospital III José Cayetano Heredia, EsSalud - Piura. Test Morisky - Green.



FUENTE: Ficha Técnica de Registro de Dispensaciones, elaborado por los Bachilleres, José Dilter Abad Neira y Gina Denisse Imán Chiroque, aplicado en el Hospital III José Cayetano Heredia, EsSalud - Piura.

Gráfico N° 5: Porcentaje de Adherencia al TARGA del año 2012



FUENTE: Ficha Técnica de Registro de Dispensaciones, elaborado por los Bachilleres, José Dilter Abad Neira y Gina Denisse Imán Chiroque, aplicado en el Hospital III José Cayetano Heredia, EsSalud - Piura. Test Morisky - Green.

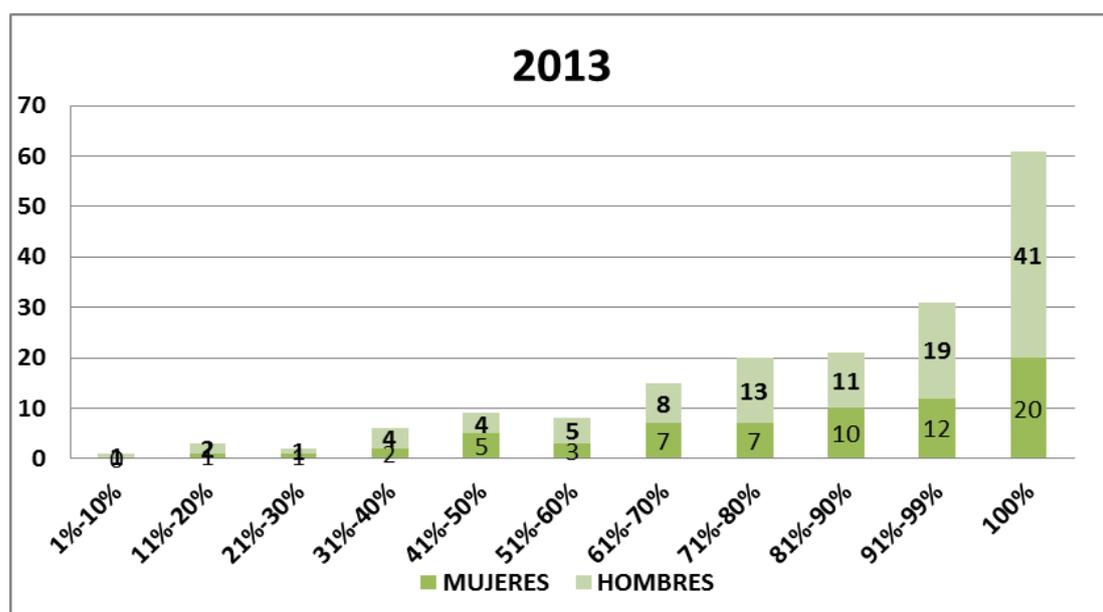
Gráfico 5.1: Porcentaje de Adherencia al TARGA del año 2012

Leyenda: se aprecia que el 32.39% de los pacientes del año 2012 fueron adherentes, mientras el 67.61% no lo fueron.

Tabla 3: Porcentaje de Adherencia al TARGA del año 2013

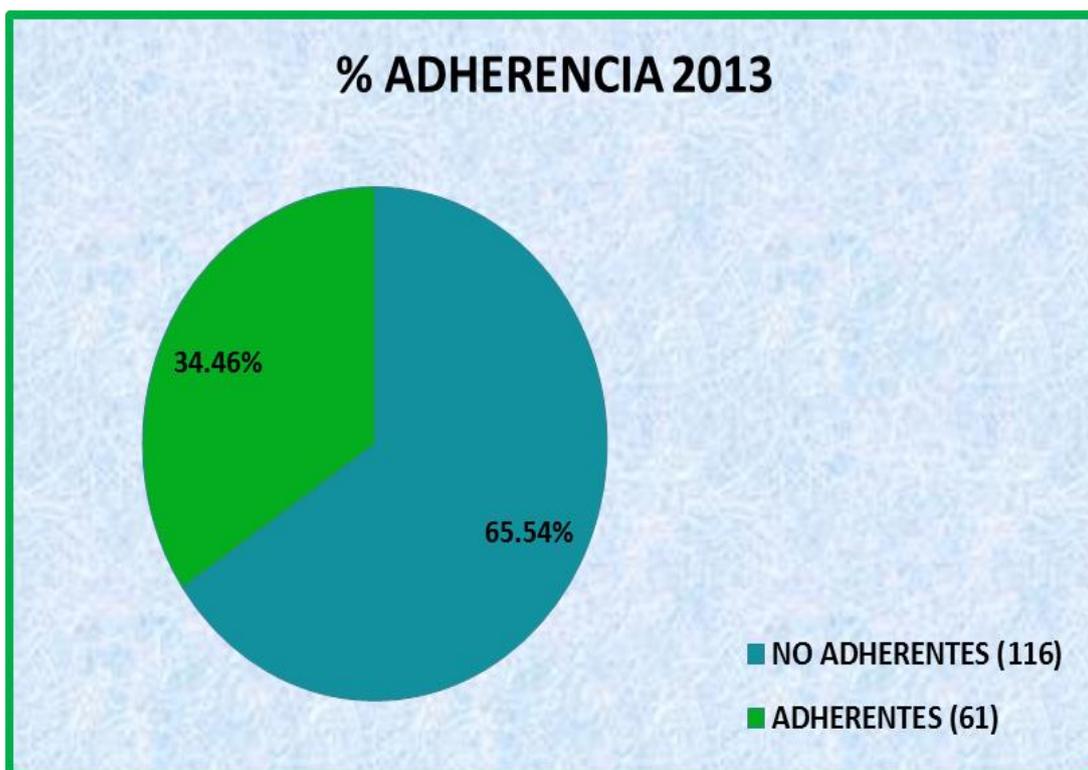
PORCENTAJE	2013							
	MUJERES		HOMBRES		TOTAL		ADHERENCIA	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
1%-10%	0	0.00	1	0.56	1	0.56		
11%-20%	1	0.56	2	1.13	3	1.69		
21%-30%	1	0.56	1	0.56	2	1.13		
31%-40%	2	1.13	4	2.26	6	3.39		
41%-50%	5	2.82	4	2.26	9	5.08		
51%-60%	3	1.69	5	2.82	8	4.52	116	65.54%
61%-70%	7	3.95	8	4.52	15	8.47		
71%-80%	7	3.95	13	7.34	20	11.30		
81%-90%	10	5.65	11	6.21	21	11.86		
91%-99%	12	6.78	19	10.73	31	17.51		
100%	20	11.30	41	23.16	61	34.46	61	34.46%
TOTAL	68	38.42%	109	61.58%	177	100%	177	100%

FUENTE: Ficha Técnica de Registro de Dispensaciones, elaborado por los Bachilleres, José Dilter Abad Neira y Gina Denisse Imán Chiroque, aplicado en el Hospital III José Cayetano Heredia, EsSalud - Piura. Test Morisky - Green.



FUENTE: Ficha Técnica de Registro de Dispensaciones, elaborado por los Bachilleres, José Dilter Abad Neira y Gina Denisse Imán Chiroque, aplicado en el Hospital III José Cayetano Heredia, EsSalud - Piura.

Gráfico 6: Porcentaje de Adherencia al TARGA del año 2013



FUENTE: Ficha Técnica de Registro de Dispensaciones, elaborado por los Bachilleres, José Dilter Abad Neira y Gina Denisse Imán Chiroque, aplicado en el Hospital III José Cayetano Heredia, EsSalud - Piura. Test Morisky - Green.

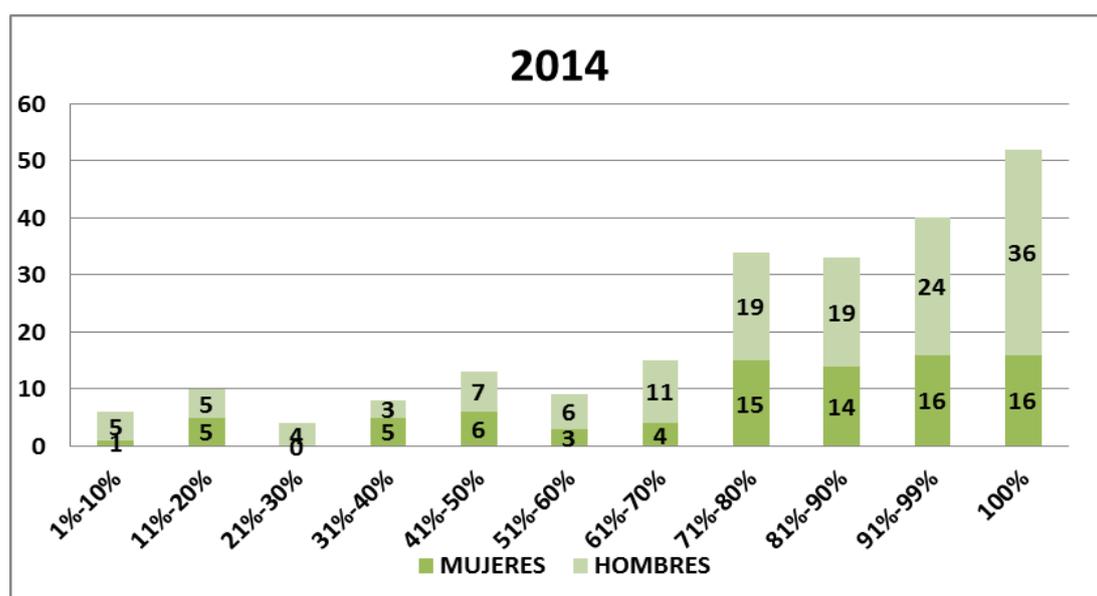
Gráfico 6.1: Porcentaje de Adherencia al TARGA del año 2013

Leyenda: se aprecia que el 34.46% de los pacientes del año 2013 fueron adherentes al TARGA, mientras que el 65.54% no lo fueron.

Tabla 4: Porcentaje de Adherencia al TARGA del año 2014

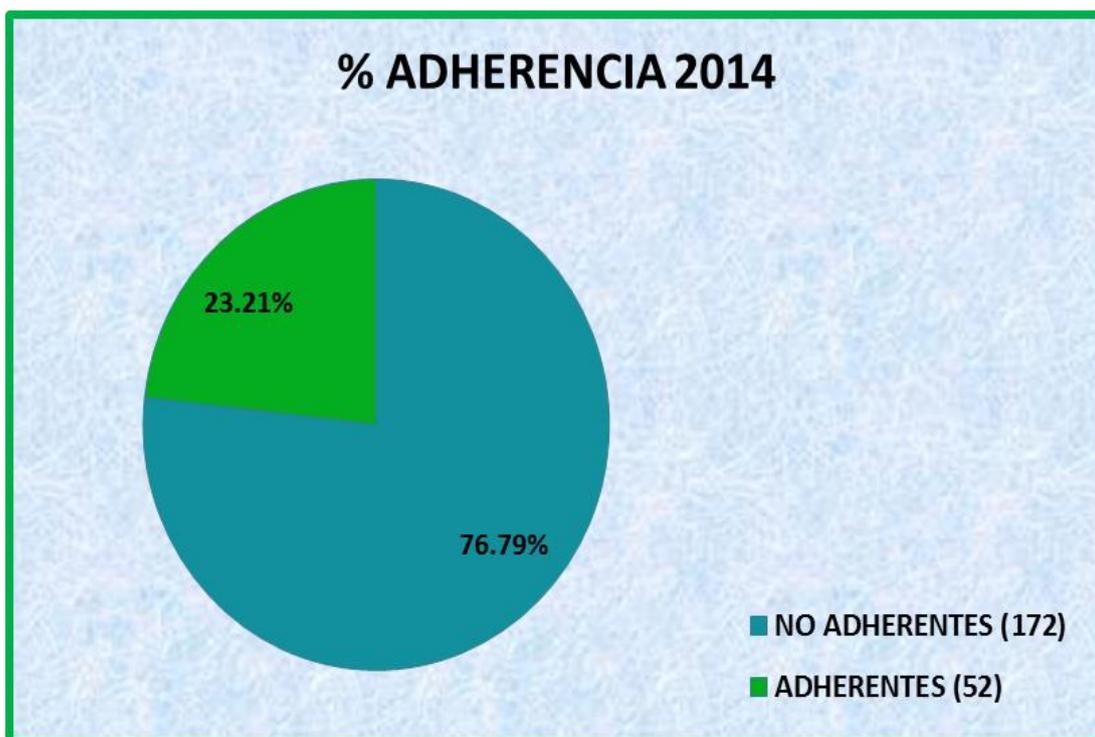
PORCENTAJE	2014							
	MUJERES		HOMBRES		TOTAL		ADHERENCIA	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
1%-10%	1	0.45	5	2.23	6	2.68		
11%-20%	5	2.23	5	2.23	10	4.46		
21%-30%	0	0.00	4	1.79	4	1.79		
31%-40%	5	2.23	3	1.34	8	3.57		
41%-50%	6	2.68	7	3.13	13	5.80		
51%-60%	3	1.34	6	2.68	9	4.02	172	76.79%
61%-70%	4	1.79	11	4.91	15	6.70		
71%-80%	15	6.70	19	8.48	34	15.18		
81%-90%	14	6.25	19	8.48	33	14.73		
91%-99%	16	7.14	24	10.71	40	17.86		
100%	16	7.14	36	16.07	52	23.21	52	23.21%
TOTAL	85	37.95%	139	62.05%	224	100%	224	100%

FUENTE: Ficha Técnica de Registro de Dispensaciones, elaborado por los Bachilleres, José Dilter Abad Neira y Gina Denisse Imán Chiroque, aplicado en el Hospital III José Cayetano Heredia, EsSalud - Piura. Test de Morisky - Green.



FUENTE: Ficha Técnica de Registro de Dispensaciones, elaborado por los Bachilleres, José Dilter Abad Neira y Gina Denisse Imán Chiroque, aplicado en el Hospital III José Cayetano Heredia, EsSalud - Piura.

Gráfico 7: Porcentaje de Adherencia al TARGA del año 2014



FUENTE: Ficha Técnica de Registro de Dispensaciones, elaborado por los Bachilleres, José Dilter Abad Neira y Gina Denisse Imán Chiroque, aplicado en el Hospital III José Cayetano Heredia, EsSalud - Piura. Test de Morisky - Green.

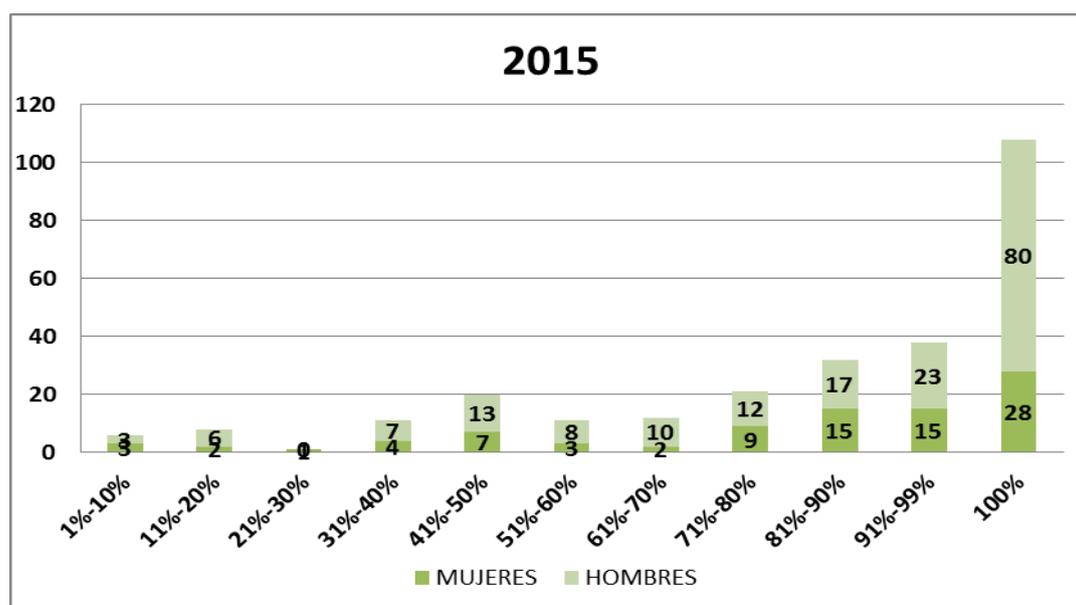
Gráfico 7.1: Porcentaje de Adherencia al TARGA del año 2014

Leyenda: se manifiesta que el 23.21% de los pacientes del año 2014 fueron adherentes al TARGA, mientras que el 76.79% no lo fueron.

Tabla 5: Porcentaje de Adherencia al TARGA del año 2015

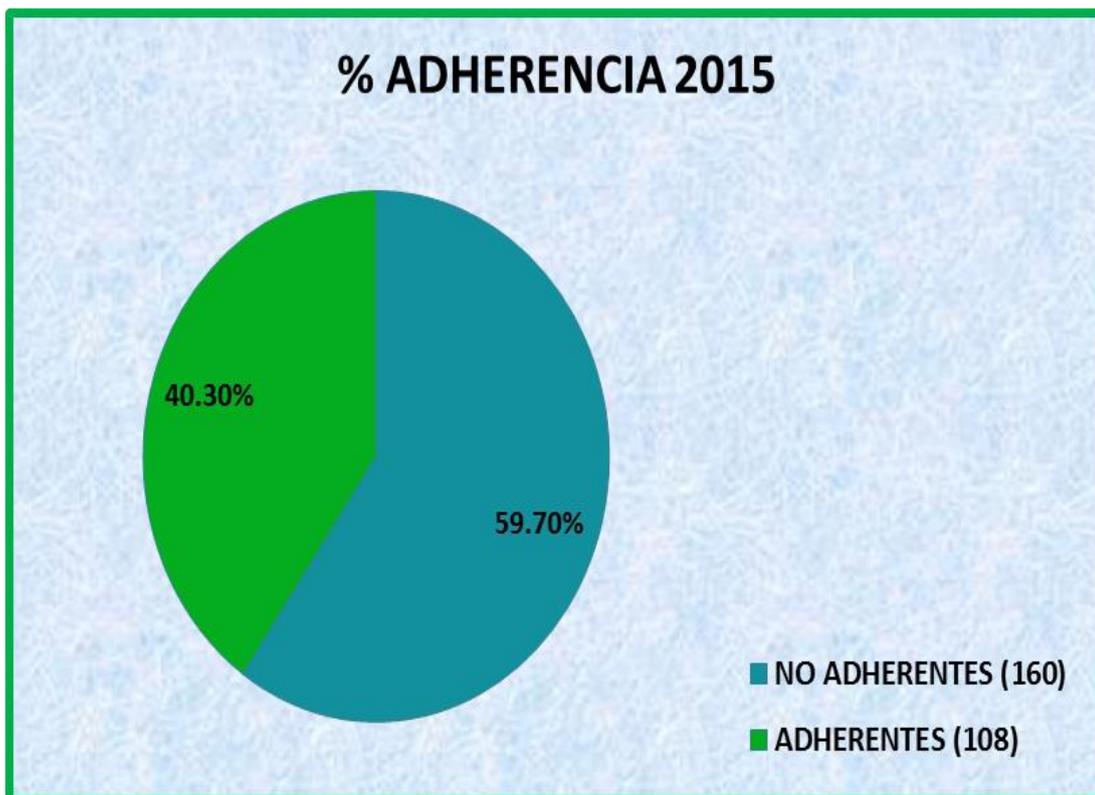
2015								
PORCENTAJE	MUJERES		HOMBRES		TOTAL		ADHERENCIA	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
1%-10%	3	1.12	3	1.12	6	2.24		
11%-20%	2	0.75	6	2.24	8	2.99		
21%-30%	1	0.37	0	0.00	1	0.37		
31%-40%	4	1.49	7	2.61	11	4.10		
41%-50%	7	2.61	13	4.85	20	7.46	160	59.70%
51%-60%	3	1.12	8	2.99	11	4.10		
61%-70%	2	0.75	10	3.73	12	4.48		
71%-80%	9	3.36	12	4.48	21	7.84		
81%-90%	15	5.60	17	6.34	32	11.94		
91%-99%	15	5.60	23	8.58	38	14.18		
100%	28	10.45	80	29.85	108	40.30	108	40.30%
TOTAL	89	33.21%	179	66.79%	268	100%	268	100%

FUENTE: Ficha Técnica de Registro de Dispensaciones, elaborado por los Bachilleres, José Dilter Abad Neira y Gina Denisse Imán Chiroque, aplicado en el Hospital III José Cayetano Heredia, EsSalud - Piura. Test de Morisky - Green.



FUENTE: Ficha Técnica de Registro de Dispensaciones, elaborado por los Bachilleres, José Dilter Abad Neira y Gina Denisse Imán Chiroque, aplicado en el Hospital III José Cayetano Heredia, EsSalud - Piura.

Gráfico 8: Porcentaje de Adherencia al TARGA del año 2015



FUENTE: Ficha Técnica de Registro de Dispensaciones, elaborado por los Bachilleres, José Dilter Abad Neira y Gina Denisse Imán Chiroque, aplicado en el Hospital III José Cayetano Heredia, EsSalud - Piura. Test de Morisky - Green.

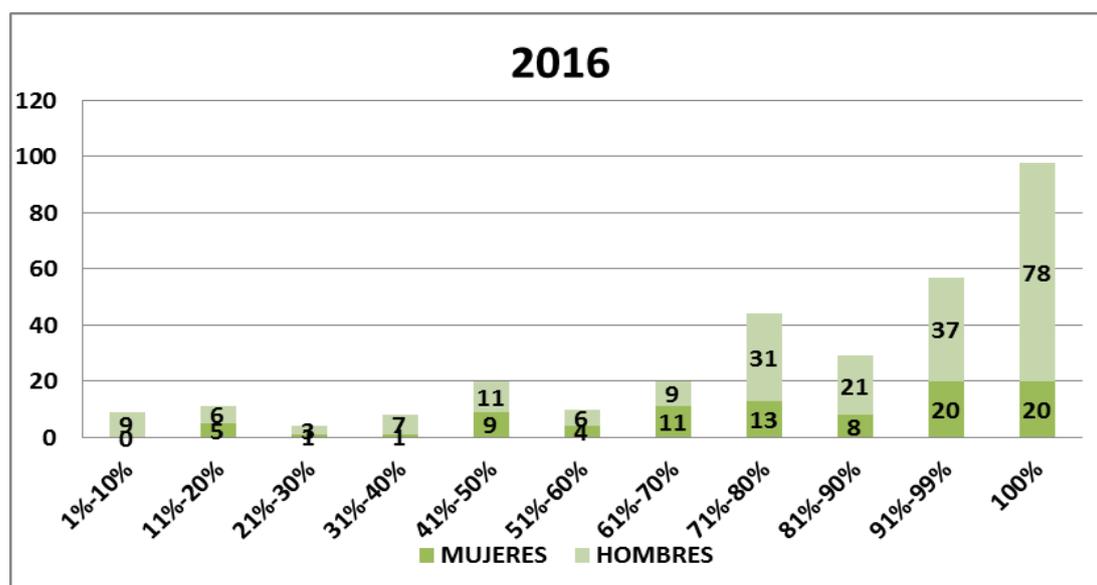
Gráfico 8.1: Porcentaje de Adherencia al TARGA del año 2015

Leyenda: se manifiesta que el 40.30% de los pacientes del año 2015 fueron adherentes al TARGA, mientras que el 59.70% no lo fueron.

Tabla 6: Porcentaje de Adherencia al TARGA del año 2016

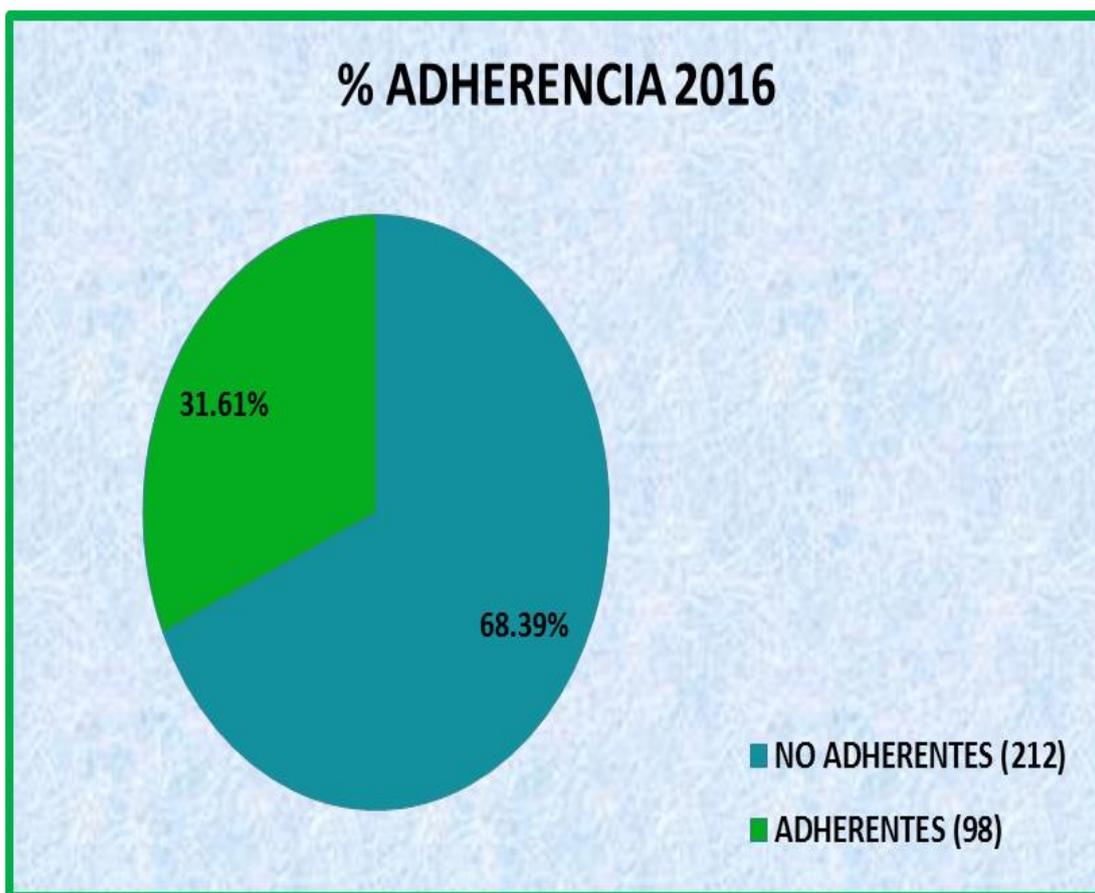
2016								
PORCENTAJE	MUJERES		HOMBRES		TOTAL		ADHERENCIA	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
1%-10%	0	0.00	9	2.90	9	2.90		
11%-20%	5	1.61	6	1.94	11	3.55		
21%-30%	1	0.32	3	0.97	4	1.29		
31%-40%	1	0.32	7	2.26	8	2.58		
41%-50%	9	2.90	11	3.55	20	6.45	212	68.39%
51%-60%	4	1.29	6	1.94	10	3.23		
61%-70%	11	3.55	9	2.90	20	6.45		
71%-80%	13	4.19	31	10.00	44	14.19		
81%-90%	8	2.58	21	6.77	29	9.35		
91%-99%	20	6.45	37	11.94	57	18.39		
100%	20	6.45	78	25.16	98	31.61	98	31.61%
TOTAL	92	29.68%	218	70.32%	310	100%	310	100%

FUENTE: Ficha Técnica de Registro de Dispensaciones, elaborado por los Bachilleres, José Dilter Abad Neira y Gina Denisse Imán Chiroque, aplicado en el Hospital III José Cayetano Heredia, EsSalud - Piura. Test de Morisky - Green.



FUENTE: Ficha Técnica de Registro de Dispensaciones, elaborado por los Bachilleres, José Dilter Abad Neira y Gina Denisse Imán Chiroque, aplicado en el Hospital III José Cayetano Heredia, EsSalud - Piura

Gráfico N° 9: Porcentaje de Adherencia al TARGA del año 2016



FUENTE: Ficha Técnica de Registro de Dispensaciones, elaborado por los Bachilleres, José Dilter Abad Neira y Gina Denisse Imán Chiroque, aplicado en el Hospital III José Cayetano Heredia, EsSalud - Piura. Test de Morisky - Green.

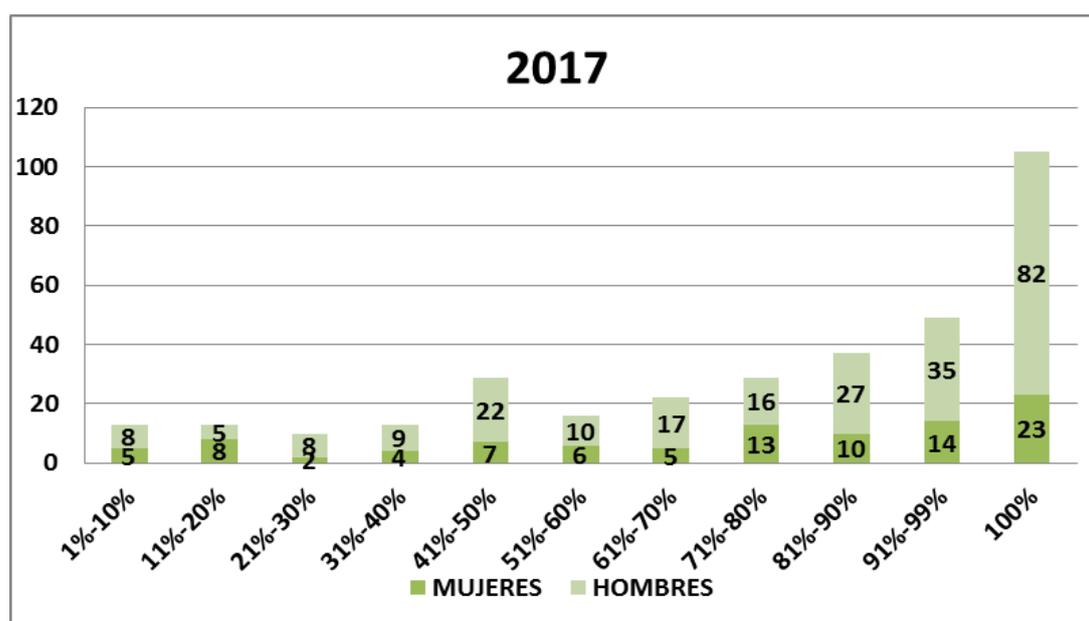
Gráfico 9.1: Porcentaje de Adherencia al TARGA del año 2016

Leyenda: se manifiesta que el 31.61% de los pacientes del año 2016 fueron adherentes al TARGA, mientras que el 68.39% no lo fueron.

Tabla 7: Porcentaje de Adherencia al TARGA del año 2017

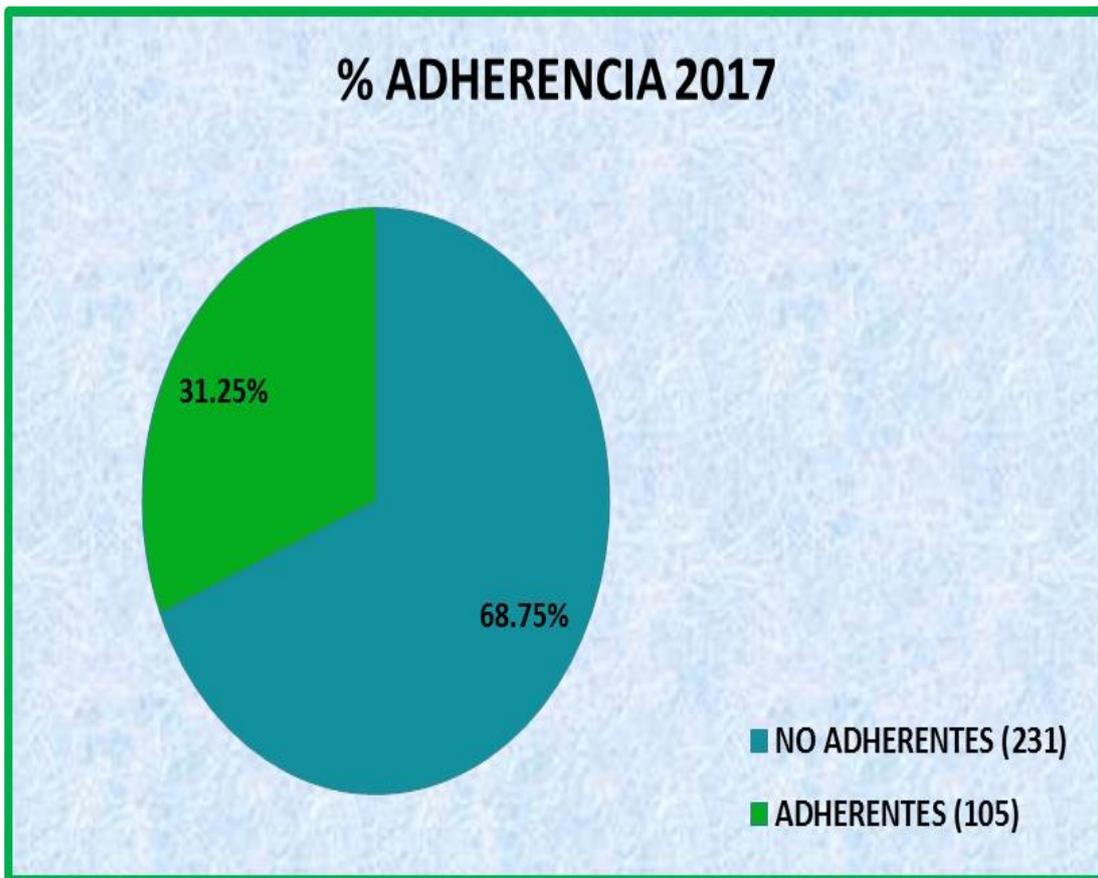
PORCENTAJE	2017							
	MUJERES		HOMBRES		TOTAL		ADHERENCIA	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
1%-10%	5	1.49	8	2.38	13	3.87		
11%-20%	8	2.38	5	1.49	13	3.87		
21%-30%	2	0.60	8	2.38	10	2.98		
31%-40%	4	1.19	9	2.68	13	3.87		
41%-50%	7	2.08	22	6.55	29	8.63	231	68.75%
51%-60%	6	1.79	10	2.98	16	4.76		
61%-70%	5	1.49	17	5.06	22	6.55		
71%-80%	13	3.87	16	4.76	29	8.63		
81%-90%	10	2.98	27	8.04	37	11.01		
91%-99%	14	4.17	35	10.42	49	14.58		
100%	23	6.85	82	24.40	105	31.25	105	31.25%
TOTAL	97	28.87%	239	71.13%	336	100%	336	100%

FUENTE: Ficha Técnica de Registro de Dispensaciones, elaborado por los Bachilleres, José Dilter Abad Neira y Gina Denisse Imán Chiroque, aplicado en el Hospital III José Cayetano Heredia, EsSalud - Piura. Test de Morisky - Green.



FUENTE: Ficha Técnica de Registro de Dispensaciones, elaborado por los Bachilleres, José Dilter Abad Neira y Gina Denisse Imán Chiroque, aplicado en el Hospital III José Cayetano Heredia, EsSalud - Piura

Gráfico 10: Porcentaje de Adherencia al TARGA del año 2017



FUENTE: Ficha Técnica de Registro de Dispensaciones, elaborado por los Bachilleres, José Dilter Abad Neira y Gina Denisse Imán Chiroque, aplicado en el Hospital III José Cayetano Heredia, EsSalud - Piura. Test de Morisky - Green.

Gráfico 10.1: Porcentaje de Adherencia al TARGA del año 2017

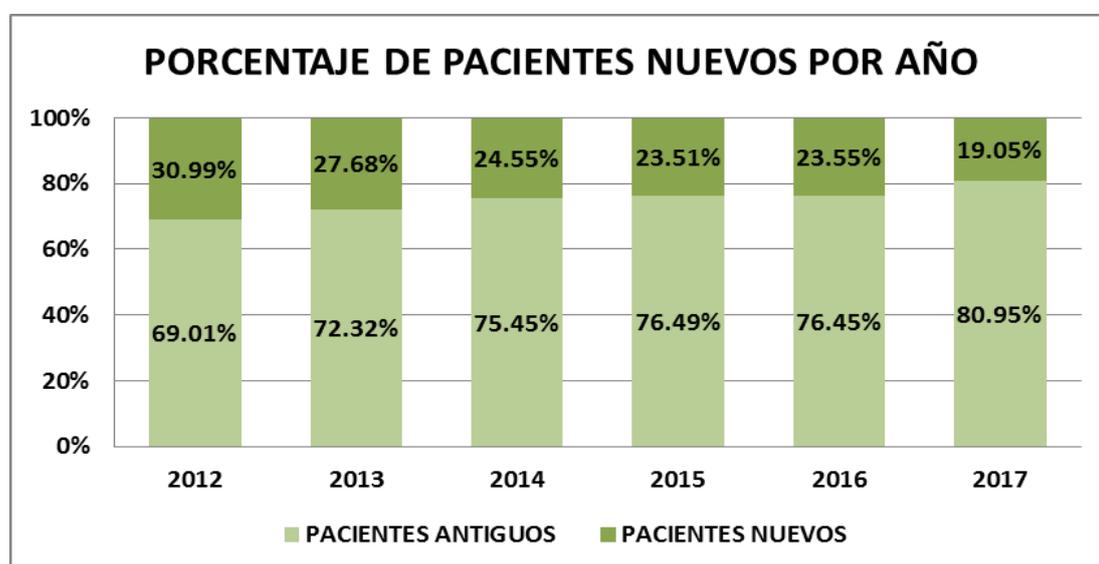
Leyenda: se manifiesta que el 31.25% de los pacientes del año 2016 fueron adherentes al TARGA, mientras que el 68.75% no lo fueron.

3.4 Determinación del porcentaje de crecimiento por año de pacientes nuevos mayores de 18 años con diagnóstico de VIH/SIDA.

Tabla 8: Porcentaje de pacientes nuevos por año 2012 - 2017

AÑO	2012		2013		2014		2015		2016		2017	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Nuevos	44	30.99%	49	27.68%	55	24.55%	63	23.51%	73	23.55%	64	19.05%
Total	142	100%	177	100%	224	100%	268	100%	310	100%	336	100%

FUENTE: Ficha Técnica de Registro de Dispensaciones, elaborado por los Bachilleres, José Dilter Abad Neira y Gina Denisse Imán Chiroque, aplicado en el Hospital III José Cayetano Heredia, EsSalud - Piura.



FUENTE: Ficha Técnica de Registro de Dispensaciones, elaborado por los Bachilleres, José Dilter Abad Neira y Gina Denisse Imán Chiroque, aplicado en el Hospital III José Cayetano Heredia, EsSalud - Piura.

Gráfico11: Porcentaje de pacientes nuevos por año 2012 - 2017

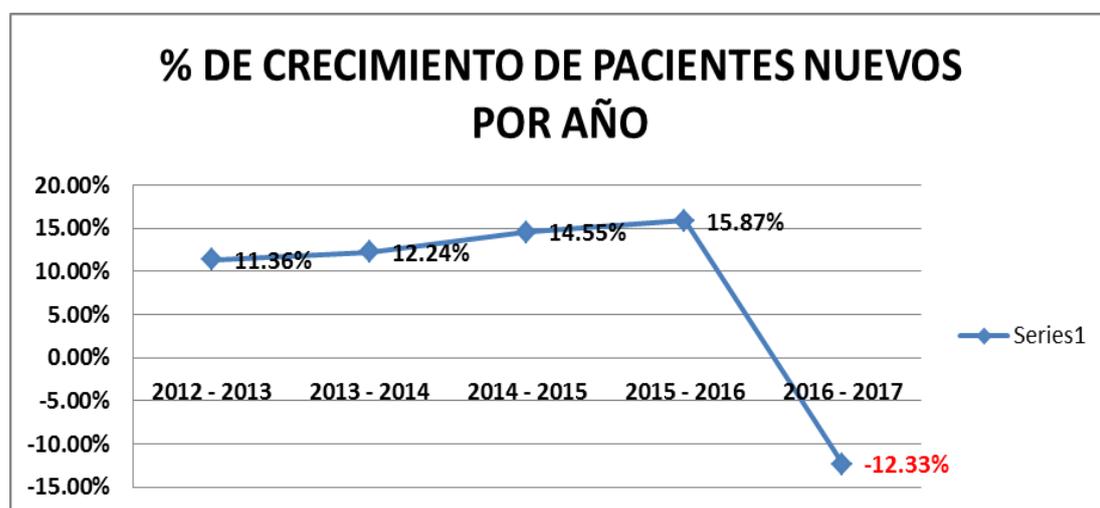
Leyenda: se aprecia que el porcentaje de pacientes nuevos fue de 30.99% en el 2012, 27.68% en el 2013, 24.55% en el 2014, 23.51% en el 2015, 23.55% en el 2016 y 19.05% en el 2017.

Tabla 9: Porcentaje de crecimiento de pacientes nuevos por año 2012 - 2017

SEXO	PORCENTAJE DE CRECIMIENTO DE PACIENTES NUEVOS POR AÑO											
	2012		2013		2014		2015		2016		2017	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
MUJERES	20	14.09%	18	10.17%	20	8.93%	13	4.85%	13	4.19%	16	4.76%
HOMBRES	24	16.90%	31	17.51%	35	15.62%	50	18.66%	60	19.35%	48	14.29%
TOTAL DE PACIENTES NUEVOS	44	30.99%	49	27.68%	55	24.55%	63	23.51%	73	23.55%	64	19.05%

	11.36%				
		12.24%			
PORCENTAJE DE CRECIMIENTO			14.55%		
				15.87%	
					-12.33%

FUENTE: Ficha Técnica de Registro de Dispensaciones, elaborado por los Bachilleres, José Dilter Abad Neira y Gina Denisse Imán Chiroque, aplicado en el Hospital III José Cayetano Heredia, EsSalud - Piura.



FUENTE: Ficha Técnica de Registro de Dispensaciones, elaborado por los Bachilleres, José Dilter Abad Neira y Gina Denisse Imán Chiroque, aplicado en el Hospital III José Cayetano Heredia, EsSalud - Piura.

Gráfico 12: Porcentaje de crecimiento de pacientes nuevos por año 2012 - 2017

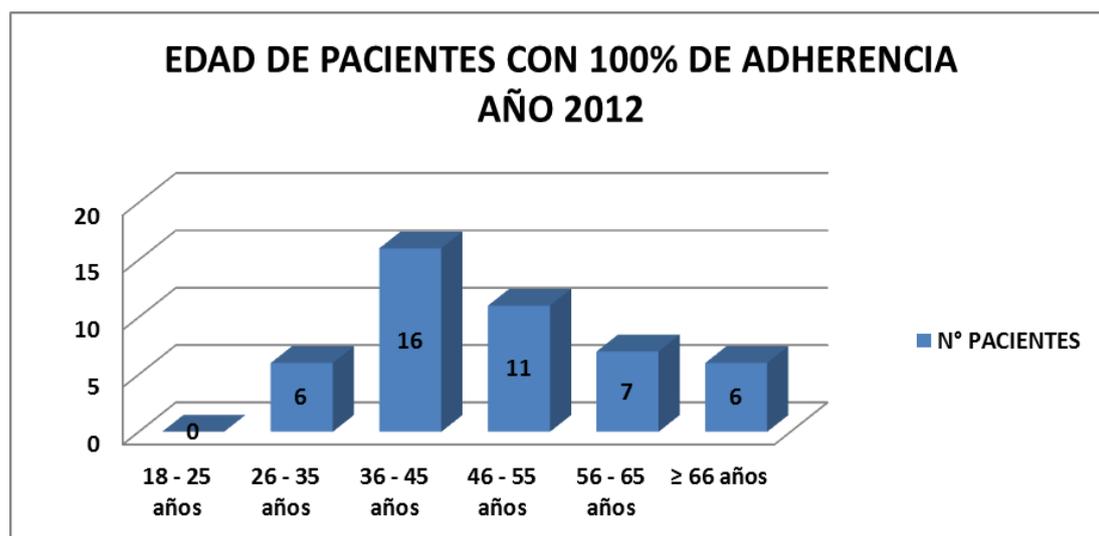
Leyenda: se manifiesta que del 2012 al 2013 hubo un crecimiento del 11.36%, del 2013 al 2014 hubo un crecimiento del 12.24%, del 2014 al 2015 hubo un crecimiento del 14.55%, del 2015 al 2016 hubo un crecimiento del 15.87% y del 2016 al 2017 hubo un decremento del -12.33%.

3.5 Determinación de la edad de pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA con 100% de Adherencia al TARGA por año

Tabla 10: Edad de pacientes con 100% de Adherencia por año 2012 - 2017

EDAD DE PACIENTES CON 100% DE ADHERENCIA POR CADA AÑO						
EDAD	2012	2013	2014	2015	2016	2017
18 – 25	0	0	0	0	2	4
26 – 35	6	7	3	19	25	29
36 – 45	16	22	23	36	27	34
46 – 55	11	12	11	23	22	18
56 – 65	7	14	10	21	15	15
≥ 66	6	6	5	9	7	5
TOTAL	46	61	52	108	98	105

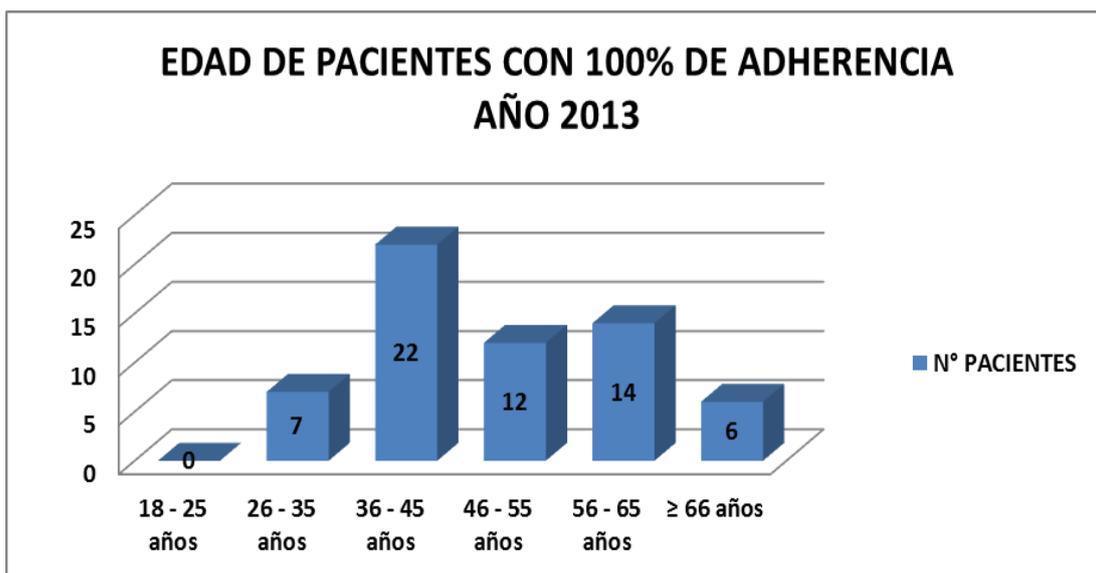
FUENTE: Ficha Técnica de Registro de Dispensaciones. Elaborado por los Bachilleres, José Dilter Abad Neira y Gina Denisse Imán Chiroque. Aplicado en el Hospital III José Cayetano Heredia, EsSalud - Piura.



FUENTE: Ficha Técnica de Registro de Dispensaciones. Elaborado por los Bachilleres, José Dilter Abad Neira y Gina Denisse Imán Chiroque. Aplicado en el Hospital III José Cayetano Heredia, EsSalud - Piura.

Gráfico 13: Edad de pacientes con 100% de Adherencia año 2012

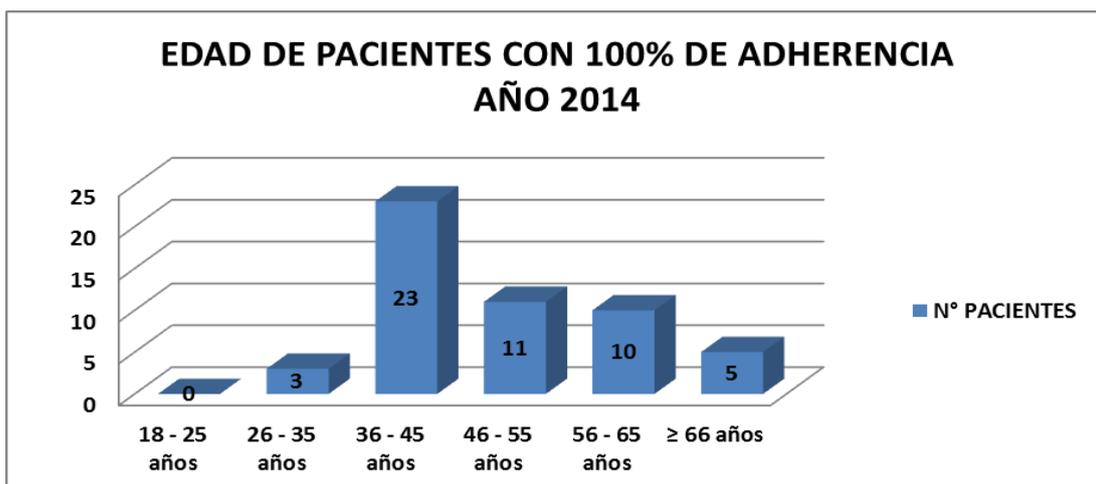
Leyenda: se manifiesta que el mayor número de pacientes 100% adherentes están comprendidos entre 36 - 45 años de edad.



FUENTE: Ficha Técnica de Registro de Dispensaciones. Elaborado por los Bachilleres, José Dilter Abad Neira y Gina Denisse Imán Chiroque. Aplicado en el Hospital III José Cayetano Heredia, EsSalud - Piura.

Gráfico 14: Edad de pacientes con 100% de Adherencia año 2013

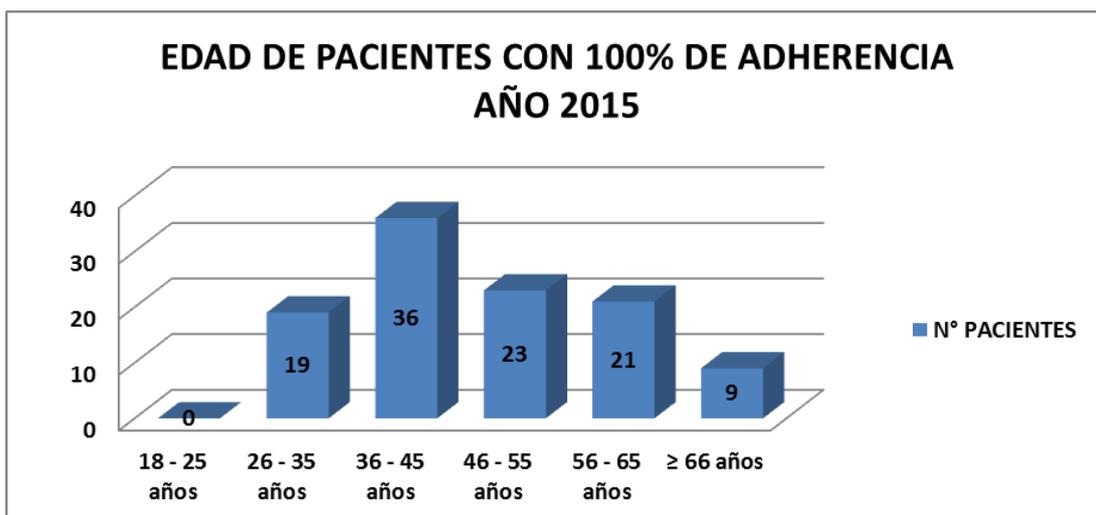
Leyenda: se manifiesta que el mayor número de pacientes 100% adherentes están comprendidos entre 36 - 45 años de edad.



FUENTE: Ficha Técnica de Registro de Dispensaciones. Elaborado por los Bachilleres, José Dilter Abad Neira y Gina Denisse Imán Chiroque. Aplicado en el Hospital III José Cayetano Heredia, EsSalud - Piura.

Gráfico 15: Edad de pacientes con 100% de Adherencia año 2014

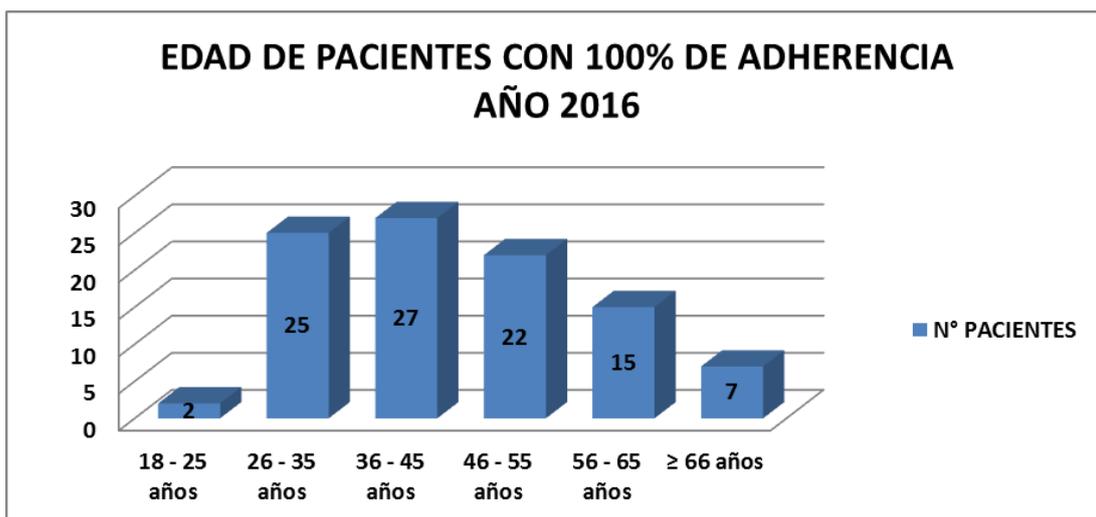
Leyenda: se manifiesta que el mayor número de pacientes 100% adherentes están comprendidos entre 36 - 45 años de edad.



FUENTE: Ficha Técnica de Registro de Dispensaciones. Elaborado por los Bachilleres, José Dilter Abad Neira y Gina Denisse Imán Chiroque. Aplicado en el Hospital III José Cayetano Heredia, EsSalud - Piura.

Gráfico 16: Edad de pacientes con 100% de Adherencia año 2015

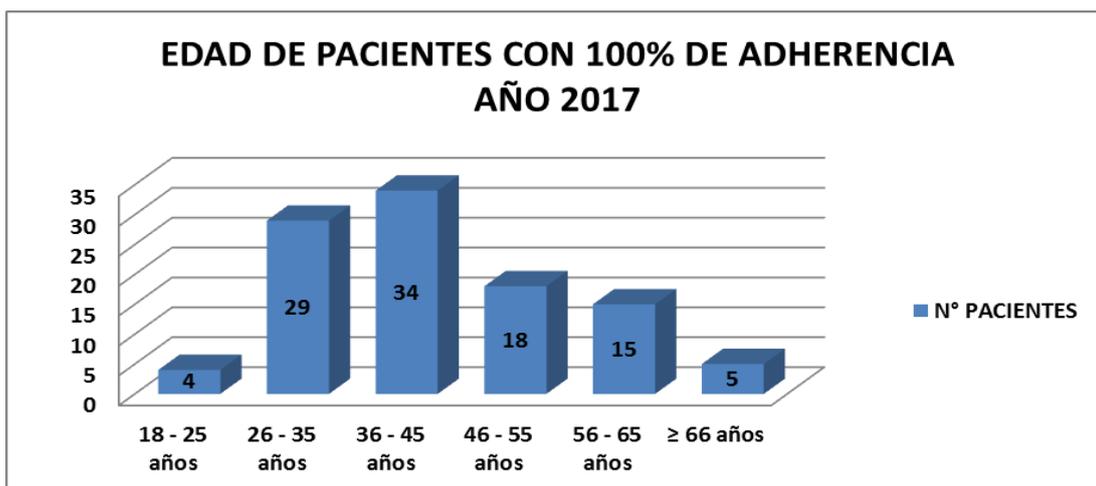
Leyenda: se manifiesta que el mayor número de pacientes 100% adherentes están comprendidos entre 36 - 45 años de edad.



FUENTE: Ficha Técnica de Registro de Dispensaciones. Elaborado por los Bachilleres, José Dilter Abad Neira y Gina Denisse Imán Chiroque. Aplicado en el Hospital III José Cayetano Heredia, EsSalud - Piura.

Gráfico 17: Edad de pacientes con 100% de Adherencia año 2016

Leyenda: se manifiesta que el mayor número de pacientes 100% adherentes están comprendidos entre 36 - 45 años de edad.



FUENTE: Ficha Técnica de Registro de Dispensaciones. Elaborado por los Bachilleres, José Dilter Abad Neira y Gina Denisse Imán Chiroque. Aplicado en el Hospital III José Cayetano Heredia, EsSalud - Piura.

Grafico 18: Edad de pacientes con 100% de Adherencia año 2017

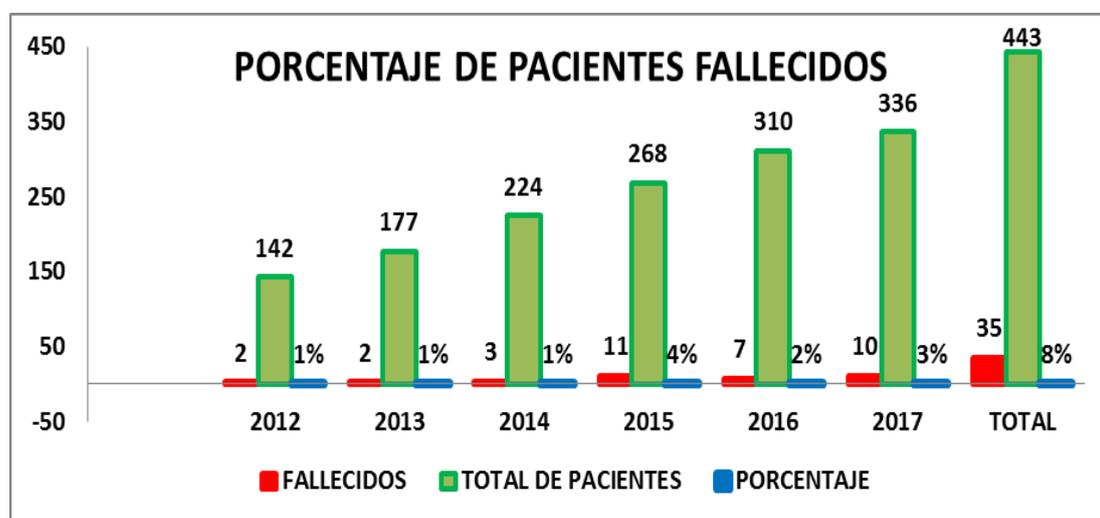
Leyenda: se manifiesta que el mayor número de pacientes 100% adherentes están comprendidos entre 36 - 45 años de edad.

3.6 Determinación del porcentaje de pacientes hombres y mujeres mayores de 18 años, fallecidos con diagnóstico de VIH/SIDA año 2012 - 2017

Tabla 11: Porcentaje de pacientes fallecidos 2012 - 2017

FALLECIDOS														
AÑO	2012		2013		2014		2015		2016		2017		TOTAL	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
FALLECIDOS	2	0	2	0	2	1	6	5	7	0	9	1	28	7
TOTAL DE PACIENTES	142		177		224		268		310		336		443	
PORCENTAJE	1%		1%		1%		4%		2%		3%		8%	

FUENTE: RENIEC



FUENTE: RENIEC

Gráfico 19: Porcentaje de pacientes Fallecidos

Leyenda: se aprecia que de los pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA el 8% (35 entre hombres y mujeres) fallecieron.

IV. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

En la **Tabla 1 y Gráfico 1** podemos evaluar que del periodo analizado 2012 - 2017: 34 pacientes fueron Adherentes al tratamiento entre 1% y 10%, 31 pacientes fueron Adherentes al tratamiento entre 11% y 20%, 29 pacientes fueron Adherentes al tratamiento entre 21% y 30%, 22 pacientes fueron Adherentes al tratamiento entre 31% y 40%, 27 pacientes fueron Adherentes al tratamiento entre 41% y 50%, 43 pacientes fueron Adherentes al tratamiento entre 51% y 60%, 34 pacientes fueron Adherentes al tratamiento entre 61% y 70%, 47 pacientes fueron Adherentes al tratamiento entre 71% y 80%, 50 pacientes fueron Adherentes al tratamiento entre 81% y 90%, 76 pacientes fueron Adherentes al tratamiento entre 91% y 99% y 50 pacientes fueron 100% Adherentes al tratamiento.

Del **Gráfico 1.1** podemos deducir que solo el 11.29% (50 pacientes) de los pacientes mayores de 18 años, atendidos desde el 2012 hasta el 2017, con diagnóstico de VIH/SIDA del Hospital III José Cayetano Heredia, EsSalud - Piura fueron Adherentes al TARGA y el 88.71% (393 pacientes) no lo fue.

Según Izaguirre (2011); en su tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano, “Factores asociados a la Adherencia al Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA) en pacientes con VIH/SIDA del Centro Médico Naval “Cirujano Mayor Santiago Távara” en el periodo Noviembre 2009 - Abril 2010. Encontró que el 81.3% de los pacientes fueron adherentes al tratamiento antirretroviral mientras que el 18.7% no lo fue, según la escala SMAQ.

Sin embargo, Olalla (2012), en su tesis para optar el Título Profesional de Doctor en Farmacia por la Universidad de Granada España, “Conocimiento, Adherencia y Efectividad del Tratamiento Antirretroviral VIH en los pacientes externos del Hospital Carlos Haya”, halló como resultado que el 50.6% de los pacientes fueron Adherentes al Tratamiento, frente al 49.4% que no lo fueron, según la escala SMAQ.

Al respecto Jurado (2015), en su tesis para optar el Título de Especialidad en Medicina Interna, “Factores Asociados a la Adherencia en pacientes con VIH/SIDA,

de la Unidad de Atención Integral de Personas Viviendo con VIH del Hospital General Enrique Garcés, Quito - Ecuador, Julio a Octubre 2014”, encontró que el 55,9% fue Adherente según el reporte de enfermería y el 49,01% según la escala SMAQ.

Mientras tanto Rodríguez (2016), en su Tesis para optar el grado de Doctor en Farmacia, “Estudio de factores de riesgo influyentes en la Adherencia al Tratamiento Antirretroviral y Desarrollo de un Modelo Predictivo en Pacientes VIH positivos”, obtuvo unos niveles de Adherencia a la toma de medicación del 65,88% y 53,08% según registro de dispensación y escala SMAQ respectivamente.

Al analizar los resultados obtenidos en la investigación, nos damos cuenta que existe una baja tasa porcentual de Adherencia al TARGA en el Hospital III José Cayetano Heredia, EsSalud - Piura, las causas de la baja Adherencia pueden ser varias como: la edad, el género, el nivel cultural y conocimiento de la enfermedad, el apoyo familiar, la ansiedad, la depresión, el estrés, la ausencia de síntomas, los hábitos o aspectos de la vida social del paciente, la aparición de efectos adversos, etc. Las consecuencias de la no Adherencia al tratamiento pueden generar en el paciente inmunosuprimido una falla inmunológica, viral y/o clínica, lo que llevara que este se someta a un nuevo régimen terapéutico, con los esquemas de tratamiento alternativo a fin de evitar la resistencia antirretroviral.

En la **Tabla 1 y Gráfico 2** de nuestro periodo de estudio podemos determinar que tenemos una distribución porcentual del 70.43% para pacientes Hombres (312 pacientes) y 29.57% para las pacientes Mujeres (131 pacientes), además podemos determinar que existe mayor número de pacientes hombres infectados con VIH/SIDA habiendo una proporción que nos indica que por cada 2 pacientes hombres con dicho diagnóstico, existe 1 paciente mujer.

De la **Tabla 1 y Gráfico 3**, para la Adherencia de pacientes hombres, podemos determinar que del periodo analizado 2012 - 2017: 21 pacientes fueron Adherentes al tratamiento entre el 1% y 10%, 23 pacientes fueron Adherentes al tratamiento entre el 11% y 20%, 21 pacientes fueron Adherentes al tratamiento entre el 21% y 30%, 15

pacientes fueron Adherentes al tratamiento entre el 31% y 40%, 21 pacientes fueron Adherentes al tratamiento entre el 41% y 50%, 24 pacientes fueron Adherentes al tratamiento entre el 51% y 60%, 22 pacientes fueron Adherentes al tratamiento entre el 61% y 70%, 32 pacientes fueron Adherentes al tratamiento entre el 71% y 80%, 34 pacientes fueron Adherentes al tratamiento entre el 81% y 90%, 56 pacientes fueron Adherentes al tratamiento entre el 91% y 99% y 43 pacientes fueron 100% Adherentes al tratamiento.

Por lo tanto, de la **Tabla 1 y Gráfico 3.1** se pudo determinar que solo el 13.78% (43 pacientes) del 100% (312 pacientes) fueron Adherentes, frente al 86.22% (269 pacientes) restante que no lo fue.

En la **Tabla 1 y Gráfico 4**, para la Adherencia de pacientes mujeres podemos determinar que del periodo analizado 2012 - 2017: 13 pacientes fueron Adherentes al tratamiento entre el 1% y 10%, 8 pacientes fueron Adherentes al tratamiento entre el 11% y 20%, 8 pacientes fueron Adherentes al tratamiento entre el 21% y 30%, 7 pacientes fueron Adherentes al tratamiento entre el 31% y 40%, 6 pacientes fueron Adherentes al tratamiento entre el 41% y 50%, 19 pacientes fueron Adherentes al tratamiento entre el 51% y 60%, 12 pacientes fueron Adherentes al tratamiento entre el 61% y 70%, 15 pacientes fueron Adherentes al tratamiento entre el 71% y 80%, 16 pacientes fueron Adherentes al tratamiento entre el 81% y 90%, 20 pacientes fueron Adherentes al tratamiento entre el 91% y 99% y 7 pacientes fueron 100% Adherentes al tratamiento.

Por lo tanto, de la **Tabla 1 y Gráfico 4.1** se pudo determinar que solo el 5.34% (7 pacientes) del 100% (131 pacientes) fueron Adherentes, frente al 94.66% (124 pacientes) restante que no lo fue.

Según Cavero y Rivas (2013), en su tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano, “Adherencia al Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad y Calidad de Vida de Pacientes con VIH/SIDA en el Hospital Regional Docente Las Mercedes de Chiclayo - Perú, 2011”, encontró que de su población estudiada el 63% (50 pacientes) fueron hombres y 37% (30 pacientes) fueron mujeres.

Sin embargo, Zafra (2015), en su Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano, “Factores asociados al estigma relacionado al VIH/SIDA en los pacientes del programa TARGA del Hospital Nacional 2 de Mayo”, encontró que el 74% fueron hombres y el 26% fueron mujeres.

Mientras tanto, Orellana (2015), en su tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano, “Factores asociados a la Adherencia al TARGA, en pacientes con VIH/SIDA en el Hospital Central PNP “Luis N. Sáenz” en los meses de octubre a diciembre del 2015”; encontró que el 63.41% fueron hombres (78 pacientes) y el 36.59% fueron mujeres (45 pacientes).

Los hallazgos encontrados en esta investigación respecto del sexo predominante con mayor número de pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA no son diferentes a los encontrados por los otros investigadores, ya que ellos también encontraron que existe un alto porcentaje de pacientes hombres con este diagnóstico muy por encima del porcentaje presentado en las pacientes mujeres; sin embargo no podemos hallar puntos de similitud o diferencia con ellos respecto del porcentaje de Adherencia tanto para hombres como para mujeres, ya que los otros autores no midieron la Adherencia al tratamiento separándolo por el sexo, sino que lo hicieron de una manera global.

En la **Tabla 2 y Gráfico 5**, se puede observar que en el año 2012 tuvimos; 1 paciente (hombre) Adherente al tratamiento entre el 11% y 20%, 3 pacientes fueron Adherentes al tratamiento entre el 21% y 30% (2 hombres y 1 mujer), 6 pacientes fueron Adherentes al tratamiento entre el 31% y 40% (4 hombres y 2 mujeres), 10 pacientes fueron Adherentes al tratamiento entre el 41% y 50% (4 hombres y 6 mujeres), 3 pacientes fueron Adherentes al tratamiento entre el 51% y 60% (3 mujeres), 6 pacientes fueron Adherentes al tratamiento entre el 61% y 70% (4 hombres y 2 mujeres), 17 pacientes fueron Adherentes al tratamiento entre el 71% y 80% (9 hombres y 8 mujeres), 24 pacientes fueron Adherentes al tratamiento entre el 81% y 90% (14 hombres y 10 mujeres), 26 pacientes fueron Adherentes al

tratamiento entre el 91% y 99% (16 hombres y 10 mujeres) y 46 pacientes fueron 100% Adherentes al tratamiento (31 hombres y 15 mujeres).

En la **Tabla 3 y Gráfico 6**, se puede observar que en el año 2013 tuvimos; 1 paciente Adherente al tratamiento entre el 1% y 10% (hombre), 3 pacientes fueron Adherentes al tratamiento entre el 11% y 20% (2 hombre y 1 mujer), 2 pacientes fueron Adherentes al tratamiento entre el 21% y 30% (1 hombre y 1 mujer), 6 pacientes fueron Adherentes al tratamiento entre el 31% y 40% (4 hombres y 2 mujeres), 9 pacientes fueron Adherentes al tratamiento entre el 41% y 50% (4 hombres y 5 mujeres), 8 pacientes fueron Adherentes al tratamiento entre el 51% y 60% (5 hombres y 3 mujeres), 15 pacientes fueron Adherentes al tratamiento entre el 61% y 70% (8 hombres y 7 mujeres), 20 pacientes fueron Adherentes al tratamiento entre el 71% y 80% (13 hombres y 7 mujeres), 21 pacientes fueron Adherentes al tratamiento entre el 81% y 90% (11 hombres y 10 mujeres), 31 pacientes fueron Adherentes al tratamiento entre el 91% y 99% (19 hombres y 12 mujeres) y 61 pacientes fueron 100% Adherentes al tratamiento (41 hombres y 20 mujeres).

En la **Tabla 4 y Gráfico 7**, se puede observar que en el año 2014 tuvimos; 6 pacientes Adherentes al tratamiento entre el 1% y 10% (5 hombres y 1 mujer), 10 pacientes fueron Adherentes al tratamiento entre el 11% y 20% (5 hombres y 5 mujeres), 4 pacientes fueron Adherentes al tratamiento entre el 21% y 30% (4 hombres), 8 pacientes fueron Adherentes al tratamiento entre el 31% y 40% (3 hombres y 5 mujeres), 13 pacientes fueron Adherentes al tratamiento entre el 41% y 50% (7 hombres y 6 mujeres), 9 pacientes fueron Adherentes al tratamiento entre el 51% y 60% (6 hombres y 3 mujeres), 15 pacientes fueron Adherentes al tratamiento entre el 61% y 70% (11 hombres y 4 mujeres), 34 pacientes fueron Adherentes al tratamiento entre el 71% y 80% (19 hombres y 15 mujeres), 33 pacientes fueron Adherentes al tratamiento entre el 81% y 90% (19 hombres y 14 mujeres), 40 pacientes fueron Adherentes al tratamiento entre el 91% y 99% (24 hombres y 16 mujeres) y 52 pacientes fueron 100% Adherentes al tratamiento (36 hombres y 16 mujeres).

En la **Tabla 5 y Gráfico 8**, se puede observar que en el año 2015 tuvimos; 6 pacientes que fueron Adherentes al tratamiento entre el 1% y 10% (3 hombres y 3 mujer), 8 pacientes fueron Adherentes al tratamiento entre el 11% y 20% (6 hombres y 2 mujeres), 1 paciente fue Adherente al tratamiento entre el 21% y 30% (1 hombre), 11 pacientes fueron Adherentes al tratamiento entre el 31% y 40% (13 hombres y 7 mujeres), 20 pacientes fueron Adherentes al tratamiento entre el 41% y 50% (13 hombres y 7 mujeres), 11 pacientes fueron Adherentes al tratamiento entre el 51% y 60% (8 hombres y 3 mujeres), 12 pacientes fueron Adherentes al tratamiento entre el 61% y 70% (10 hombres y 2 mujeres), 21 pacientes fueron Adherentes al tratamiento entre el 71% y 80% (12 hombres y 9 mujeres), 32 pacientes fueron Adherentes al tratamiento entre el 81% y 90% (17 hombres y 15 mujeres), 38 pacientes fueron Adherentes al tratamiento entre el 91% y 99% (23 hombres y 15 mujeres) y 108 pacientes fueron 100% Adherentes al tratamiento (80 hombres y 28 mujeres).

En la **Tabla 6 y Gráfico 9**, se puede observar que en el año 2016 tuvimos; 9 pacientes que fueron Adherentes al tratamiento entre el 1% y 10% (9 hombres), 11 pacientes fueron Adherentes al tratamiento entre el 11% y 20% (6 hombres y 5 mujeres), 4 pacientes fueron Adherentes al tratamiento entre el 21% y 30% (3 hombres y 1 mujer), 8 pacientes fueron Adherentes al tratamiento entre el 31% y 40% (7 hombres y 1 mujer), 20 pacientes fueron Adherentes al tratamiento entre el 41% y 50% (11 hombres y 9 mujeres), 10 pacientes fueron Adherentes al tratamiento entre el 51% y 60% (6 hombres y 4 mujeres), 20 pacientes fueron Adherentes al tratamiento entre el 61% y 70% (9 hombres y 11 mujeres), 44 pacientes fueron Adherentes al tratamiento entre el 71% y 80% (31 hombres y 13 mujeres), 29 pacientes fueron Adherentes al tratamiento entre el 81% y 90% (21 hombres y 8 mujeres), 57 pacientes fueron Adherentes al tratamiento entre el 91% y 99% (37 hombres y 20 mujeres) y 98 pacientes fueron 100% Adherentes al tratamiento (78 hombres y 20 mujeres).

En la **Tabla 7 y Gráfico 10**, se puede observar que en el año 2017 tuvimos; 13 pacientes Adherentes al tratamiento entre el 1% y 10% (8 hombres y 5 mujeres), 13 pacientes fueron Adherentes al tratamiento entre el 11% y 20% (5 hombres y 8 mujeres), 10 pacientes fueron Adherentes al tratamiento entre el 21% y 30% (8 hombres y 2 mujeres), 13 pacientes fueron Adherentes al tratamiento entre el 31% y 40% (9 hombres y 4 mujer), 29 pacientes fueron Adherentes al tratamiento entre el 41% y 50% (22 hombres y 7 mujeres), 16 pacientes fueron Adherentes al tratamiento entre el 51% y 60% (10 hombres y 6 mujeres), 22 pacientes fueron Adherentes al tratamiento entre el 61% y 70% (17 hombres y 5 mujeres), 29 pacientes fueron Adherentes al tratamiento entre el 71% y 80% (16 hombres y 13 mujeres), 37 pacientes fueron Adherentes al tratamiento entre el 81% y 90% (27 hombres y 10 mujeres), 49 pacientes fueron Adherentes al tratamiento entre el 91% y 99% (35 hombres y 14 mujeres) y 105 fueron 100% Adherentes al tratamiento (82 hombres y 23 mujeres).

Al analizar los **Gráficos 5.1, 6.1, 7.1, 8.1, 9.1 y 10.1** se pudo evaluar que: en el año 2012 el 32.39% de los pacientes fue Adherente al tratamiento, frente al 67.61% que no lo fue; en el año 2013 el 34.46% de los pacientes fueron Adherentes, frente al 65.54% que no lo fue; en el año 2014 el 23.21% de los pacientes fueron Adherentes, frente al 76.79% que no lo fue; en el año 2015 el 40.30% de los pacientes fueron Adherentes, frente al 59.70% que no lo fue; en el año 2016 el 31.61% de los pacientes fueron Adherentes, frente al 68.39% que no lo fue; en el año 2017 el 31.25% de los pacientes fueron Adherentes, frente al 68.75% que no lo fue.

En este punto de la investigación y teniendo en cuenta los resultados hallados por los autores que nos antecedieron en este tipo de investigación, no se ha encontrado ni similitud ni diferencia con los resultados obtenidos en nuestra investigación, ya que los otros investigadores no realizaron una medición de la Adherencia al TARGA tanto por año, así como tampoco lo hicieron midiendo la Adherencia separando hombres y mujeres.

Sin embargo, claramente se puede observar que la Adherencia por año, tanto de hombres, así como de mujeres se ha mantenido en una suerte de sube y baja; teniendo como punto más alto de Adherencia al TARGA el año 2015 con un porcentaje de 40.30% y el punto más bajo el año 2014 con un porcentaje de 23.21%.

En la **Tabla 8 y Gráfico 11**, se puede determinar que el número y porcentaje de pacientes nuevos por cada año desde el 2012 hasta el 2016 ha ido en aumento, teniendo así que en el año 2012 hubieron 44 pacientes nuevos (24 hombres y 20 mujeres) con un porcentaje del 30.99%, en el 2013 hubieron 49 pacientes nuevos (31 hombres y 18 mujeres) con un porcentaje de del 27.68%, en el 2014 hubieron 55 pacientes nuevos (35 hombres y 20 mujeres) con un porcentaje del 24.55%, en el 2015 hubieron 63 pacientes nuevos (50 hombres y 13 mujeres) con un porcentaje del 23.51%, en el 2016 hubieron 73 pacientes nuevos (60 hombres y 13 mujeres) con un porcentaje del 23.55%, sin embargo en el año 2017 el número y porcentaje de pacientes nuevos disminuyo notablemente ya que hubieron 64 pacientes nuevos (48 hombres y 16 mujeres) con un porcentaje del 19.05%.

Podemos notar también que han sido los pacientes hombres los que crecido en mayor número y porcentaje por cada año.

En la **Tabla 9 y Gráfico 12**, podemos determinar que el porcentaje de crecimiento de los pacientes nuevos mayores de 18 con diagnóstico de VIH/SIDA del Hospital III José Cayetano Heredia, EsSalud - Piura, en el año 2012, 2013, 2014, 2015 y 2016 ha sido ascendente, presentando un porcentaje de crecimiento del 11.36%, 12.24%, 14.55%, y 15.87% respectivamente, no así en el año 2017 donde no se observó porcentaje de crecimiento respecto al año anterior ya que como se puede observar en la tabla de pacientes nuevos por año; en este último año de nuestro trabajo solo hubieron 64 pacientes verdaderamente nuevos, además en este año se registró el reingreso de 2 pacientes que habían abandonado el tratamiento en años anteriores, motivo por el cual en vez de crecimiento, tuvimos un decremento del -12.33%. Además, este resultado va de la mano con lo encontrado por la Dirección General de

Epidemiología que indica una disminución de nuevos casos reportados de VIH/SIDA a nivel nacional en el año 2017.

En este punto de los resultados obtenidos en esta investigación tampoco hallamos similitud o diferencias con los otros investigadores que forman parte de nuestros antecedentes, ya que ninguno de ellos midió el porcentaje de crecimiento de pacientes nuevos por año.

De la **Tabla 10 y Gráficos 13, 14, 15, 16, 17 y 18** que corresponden a los años 2012, 2013, 2014, 2015, 2016 y 2017 respectivamente podemos determinar que los pacientes cuya edad está comprendida entre los 36 y 45 años son más Adherentes al tratamiento que el resto, ya que ha sido una constante encontrar a pacientes de esta edad dentro de los que fueron Adherentes al tratamiento de cada año analizado.

En este punto de la investigación, no hay similitud ni diferencias que nos llame la atención y que nos permita tener una sana discusión con los investigadores que nos antecederon en investigaciones de Adherencia, ya que ninguno de ellos realizó una medición de la edad de los pacientes que fueron más Adherentes al tratamiento por cada año analizado.

En la **Tabla 11 y Grafico 19**, pudimos determinar el porcentaje de pacientes fallecidos con diagnóstico de VIH/SIDA, que en el año 2012 fue de 2 pacientes fallecidos (hombres) los que representan el 1% del 100% de pacientes de ese año, en el año 2013 hubieron 2 pacientes fallecidos (hombres) los que representan el 1% del 100% de pacientes de ese año, en el año 2014 hubieron 3 pacientes fallecidos (2 hombres y 1 mujer) los que representan el 1% del 100% de pacientes de ese año; en el año 2015 hubieron 11 pacientes fallecidos (6 hombres y 5 mujeres) los que representan el 4% del 100% de pacientes de ese año; en el 2016 hubieron 7 pacientes fallecidos (7 hombres) los que representan el 2% del 100% de pacientes de ese año; en el año 2017 hubieron 10 pacientes fallecidos (9 hombres y 1 mujer) los que representan el 3% del 100% de los pacientes de ese año.

Podemos observar en general en el análisis de esta investigación que desde el año 2012 - 2017 hubieron 35 pacientes fallecidos (28 hombres y 7 mujeres) los que

representan el 8% de pacientes fallecidos del 100% de pacientes acumulados durante el presente estudio.

Los otros investigadores no tienen puntos de similitud ni diferencia respecto a este punto de la investigación ya que ninguno de ellos midió la tasa porcentual de fallecimiento o mortalidad tanto de forma general como por año, de manera que no podemos comparar nuestros resultados. No obstante, se puede observar que la tasa de mortalidad por año se ha visto aumentada en los 3 últimos años, ya que los 3 primeros se mantuvo un porcentaje de fallecimientos del 1%.

V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

En la presente investigación se ha demostrado que:

1. El porcentaje de Adherencia al TARGA en los pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de VIH/SIDA del Hospital III José Cayetano Heredia, EsSalud - Piura, 2012 - 2017, ha sido bajo alcanzando solo el 11.28% (50 pacientes) en comparación con el porcentaje de no Adherencia al TARGA que alcanzó el 88.72% (393 pacientes).
2. El porcentaje de Adherencia al TARGA para pacientes hombres y mujeres mayores de 18 años con diagnóstico de VIH/SIDA del Hospital III José Cayetano Heredia, EsSalud - Piura, 2012 - 2017; ha sido bajo donde solo el 13.78% (43) de los pacientes hombres y el 5.34% (7) de las pacientes mujeres fueron Adherentes, mientras que el 86.22% (269) y el 94.66% (124) respectivamente no lo fueron.
3. El porcentaje de Adherencia por cada año ha sido de igual manera bajo, ya que en el 2012 el porcentaje de Adherencia al TARGA fue de 32.39% (46 pacientes), mientras que el porcentaje de no Adherencia fue de 67.61% (97 pacientes); en el 2013 el porcentaje de Adherencia al TARGA fue de 34.46% (61 pacientes), mientras que el porcentaje de no Adherencia fue de 65.54% (116 pacientes); en el 2014 el porcentaje de Adherencia al TARGA fue de 23.21% (52 pacientes), mientras que el porcentaje de no Adherencia fue de 76.79% (172 pacientes); en el 2015 el porcentaje de Adherencia al TARGA fue de 40.30% (108 pacientes), mientras que el porcentaje de no Adherencia fue de 59.70% (160 pacientes); en el 2016 el porcentaje de Adherencia al TARGA fue de 31.61% (98 pacientes), mientras que el porcentaje de no Adherencia fue de 68.39% (212 pacientes); en el 2017 el porcentaje de Adherencia al TARGA fue de 31.25% (105 pacientes).

4. El porcentaje de crecimiento por año de pacientes nuevos mayores de 18 años, desde el año 2012 hasta el año 2016 se ha mantenido en ascenso, teniendo que del año 2012 al año 2013 hubo un porcentaje de crecimiento del 11.36%; del año 2013 al año 2014 hubo un porcentaje de crecimiento del 12.24%; del año 2014 al año 2015 hubo un porcentaje de crecimiento del 14.55% y del año 2015 al año 2016 hubo un porcentaje de crecimiento del 15.87%, sin embargo en el año 2017 hubo un decremento del -12.33% ya que los pacientes nuevos de ese año solo fueron 64; además se presentaron más casos (16) de pacientes que recibieron TARGA por accidente de trabajo, se pudo observar también el reingreso de 2 pacientes que habían abandonado el tratamiento en años anteriores.
5. La edad con mayor número de pacientes 100% Adherentes al TARGA por año, a largo de nuestra investigación desde el 2012 hasta el 2017, está comprendida entre los 36 y 45 años.
6. En el estudio se encontró que 35 pacientes fallecieron a causa del VIH/SIDA teniendo un porcentaje de mortalidad del 8%, sin embargo, el mayor número (28) y porcentaje (6.4%) de pacientes fallecidos corresponde a hombres que a mujeres.

5.2. Recomendaciones

- 1.** Difundir los resultados de la investigación en el Hospital III José Cayetano Heredia, EsSalud - Piura y la Universidad San Pedro con el fin de generar mayor conciencia en la juventud sobre esta penosa enfermedad y poder prevenirla, ya que cualquiera podría ser contagiado en algún momento de su vida, si es que no se toman las precauciones del caso.
- 2.** Hacer tomar conciencia en la población afectada por esta enfermedad, sobre cómo y de qué manera una correcta Adherencia a su tratamiento puede alargar sus años de existencia, así como brindarles una mejor calidad de vida, toda vez que aquellas personas que se han adherido de manera correcta a su tratamiento pueden seguir haciendo sus actividades cotidianas sin mayores contratiempos y/o dificultades.
- 3.** Manejar talleres de charlas educativas y de psicoayuda con las personas infectadas por esta enfermedad a fin de que lleven una vida sexual saludable, con el fin de proteger de dicha enfermedad a quienes no la padecen, esto debido a que este tipo de pacientes tienen la extraña idea de querer hacer con los demás lo mismo que hicieron con ellos, ya que esta enfermedad cuando está controlada no da ningún indicio que haga sospechar de su presencia en cualquier persona, es fácil que alguien más pueda sumarse a la lista de contagiados si es que no toma las medidas preventivas.
- 4.** Que exista un Químico Farmacéutico encargado de realizar seguimiento farmacoterapéutico con trabajo de campo, a fin de brindar mayor información sobre los medicamentos que el paciente está recibiendo y sus efectos secundarios que estos pueden producir al consumirlos y que son una de las causas de abandono al tratamiento.
- 5.** Se debe promover la conformación de un equipo multidisciplinario de salud como lo sugiere la NTS-097 MINSA, 2015, que tenga como objetivo principal una participación activa con el paciente a fin de brindarle toda la información

suficiente y necesaria primero como estrategia para mejorar el uso del medicamento, mejorar la Adherencia y la calidad de vida relacionada a la salud; y segundo para crear conciencia en el paciente sobre su condición de salud y de qué forma su manera de actuar puede perjudicar a las personas que le rodean.

VI. AGRADECIMIENTO

Agradecemos infinitamente a Dios por darnos vida y salud, para permitirnos ejercer esta hermosa carrera profesional cuyo único objetivo es el servir a la comunidad.

A nuestro hijo: Joseph Gabriel Abad Imán, que nos regaló la dicha de ser padres convirtiéndose desde el primer momento en que estuvo en nuestros brazos en el motor y motivo que nos impulsó a seguir, así como en el centro de nuestras vidas; porque gracias a él, que es la luz de nuestro mirar y gracias a que nos permitió “robarle” un poco del tiempo que debíamos destinar a sus juegos y aprendizaje pudimos al día de hoy terminar esta investigación y poder alcanzar una de las metas propuestas hace algunos años atrás.

A nuestros padres: Celia Clara Neira Veliz, German Imán Chuica y Rosa Marleny Chiroque Flores, por enseñarnos que sin amor, esfuerzo y voluntad no se llega a ningún lado y que todo tiene un punto de principio y una línea de final, que las adversidades no son el fin de un sueño, sino un motivo para luchar y creer que puede ser realidad, gracias a ellos y a su apoyo constante e incondicional a lo largo de esta travesía del saber es que hoy podemos decir que no fue fácil y que con esfuerzo, dedicación y su apoyo lo logramos.

A nuestros hermanos: Magaly, Norma, Joselina y Eder por su infinito e incondicional apoyo empujándonos a seguir y a no claudicar en la búsqueda de alcanzar la meta trazada, porque nunca dejaron de creer que podíamos lograrlo.

A nuestros amigos: Ronald, Nataly, Estefanía, Anner, Fabia, Cristhian, Abilene y Javier, a todos y cada uno de ellos gracias, porque se convirtieron en parte importante para nosotros al brindarnos su sincera amistad, misma que hasta el día de hoy y a pesar de que cada quien ha tomado rumbos distintos sigue siendo mejor que el primer día.

A nuestra asesora: Marleny Escobedo Díaz, quien sin pensarlo 2 veces acepto brindarnos su apoyo desinteresado, dedicándonos parte de su tiempo de descanso, sus conocimientos y aportes para guiarnos en cada paso de la elaboración del presente trabajo de investigación ya que siempre estuvo detrás de nosotros para la realización del presente trabajo, gracias porque más que una maestra y asesora siempre fue nuestra amiga y en oportunidades la confidente que nunca dejo de creer en nosotros.

Al Dr. Roger Esquivel Reyna el pionero y principal gestor de la existencia de la carrera en esta calurosa ciudad de Piura, ya que sus denodados esfuerzos por traer la carrera hoy ya están dando sus frutos.

A todos y cada uno de los profesores que pasaron impartiendo sus valiosas enseñanzas en nuestras aulas, pues por ellos y su sapiencia hoy podremos decir que conseguimos ser como ellos. Y de una manera muy especial a la entrañable profesora y amiga María Victoria Caballero Wong, que un día nos privó de su presencia, pero que vive en el recuerdo de todos aquellos que aprendimos de ella y de su amor por la Farmacia y Bioquímica.

DEDICATORIA

A Dios, por permitirnos llegar a este momento especial en nuestras vidas. Por los buenos momentos y los momentos difíciles que nos han enseñado a valorar cada día más.

A nuestro pequeño hijo Joseph Gabriel Abad Imán, que con su sonrisa y travesuras supo darnos el motivo necesario para continuar, sacrificando parte de su tiempo de juego y aprendizaje para que nosotros pudiésemos terminar.

A nuestros padres que nos han acompañado durante todo el trayecto estudiantil y a lo largo de nuestras vidas.

A nuestros hermanos que nos han apoyado incansablemente e incondicionalmente en este arduo caminar para convertirnos en profesionales.

A nuestros amigos, ya que gracias al equipo que pudimos formar al inicio de la carrera hemos logrado llegar hasta el final de la meta propuesta.

A nuestros profesores, porque gracias a su tiempo, su apoyo y su sapiencia puesta en práctica y que supieron transmitirnos en el desarrollo de nuestra formación profesional, hoy podemos decir que lo logramos.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bisso, A. (1998). Epidemiología del SIDA en el Perú. *Dermatol. Perú.* 8 (sup.1): 50-4. Recuperado de:
http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/dermatologia/v08_sup1/epidemiologia.htm
- Cano, A. (2013). Factores asociados a la falta de adherencia del tratamiento antirretroviral en los pacientes con VIH y SIDA que asisten a la Clínica de Enfermedades Infecciosas en el HEODRA, en el periodo febrero 2012 - septiembre 2013. Recuperado de:
<http://riul.unanleon.edu.ni:8080/jspui/retrieve/5879>
- Congreso de la República del Perú. (1996). Plan Nacional de Lucha contra el Virus de Inmunodeficiencia Humana, el SIDA y las enfermedades de transmisión sexual. Ley N° 26626. Recuperado de:
<http://www4.congreso.gob.pe/historico/cip/materiales/vih/ley26626.pdf>
- Congreso de la República del Perú. (2004). Ley que amplía y modifica la Ley N° 26626 sobre el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), el síndrome de la inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y las infecciones de transmisión sexual. Ley N° 28243. Recuperado de:
<https://derechosvih.org/wp-content/uploads/2017/07/ley-28-243-modif-26-626-peru-2004.pdf>
- Dirección General de Epidemiología - Ministerio de Salud (Perú 2017) Situación del VIH/SIDA en el Perú. Boletín Epidemiológico Mensual. Recuperado de:
http://www.oge.sld.pe/vigilancia/vih/Boletin_2017/octubre.pdf
- GeSIDA (2018). Documento de consenso de GeSIDA/Plan Nacional sobre el SIDA respecto al tratamiento antirretroviral en adultos infectados por el virus

de la inmunodeficiencia humana. Recuperado de: http://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2018/01/gesida_TAR_adultos_v3-1.pdf

Hoffmann C, Rockstroh JK & Kamps BS (2010). Pathogenesis of HIV-1 Infection. HIV Medicine 2010. Recuperado de: <Http://www.HIVMedicine.com>

InfoSIDA. (2017). Ciclo de vida del VIH. Departamento de Salud y de Servicios Humanos de los Estados Unidos. Recuperado de: http://www.aidsinfo.nih.gov/ContentFiles/CicloDdeVidaDelVIH_FS_sp.pdf

Izaguirre, R. (2011) Factores asociados a la Adherencia al Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA) en pacientes con VIH/sida del Centro Médico Naval Cirujano Mayor Santiago Távora. Recuperado de: <http://sisbib-03.unmsm.edu>

Jawetz, Melnick & Adelberg (2012). Microbiología Médica 25ª edición. Ed. Mc. Graw-Hill. España. Pag. 213.

Jurado, F. (2015) Factores Asociados a Adherencia en pacientes con VIH/SIDA, de la Unidad de Atención Integral de Personas Viviendo con VIH del Hospital General Enrique Garcés, Quito – Ecuador, julio a octubre 2014. Recuperado de: <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/8609>

Klatt, E., C. (2008) Pathology of AIDS. Version 19. Mercer University School of Medicine Savannah. Pag. 7

Mendoza, L., Claros, D., & Peñaranda, C. (2016). Epidemiología de la prematuridad, sus determinantes y prevención del parto prematuro. Rev Chil Obstet Ginecol 2016; 81(4): 330-342. Recuperado de:

https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262016000300012

MINSA (2017). Situación Epidemiológica del VIH/SIDA en el Perú. Boletín Mensual del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades - octubre 2017. Recuperado de:

https://docs.google.com/viewerng/viewer?url=http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/vih/Boletin_2017/octubre.pdf

MINSA (2015). Plan Estratégico Multisectorial para la Prevención y Control de las Infecciones de Transmisión Sexual - ITS y el VIH - PEM ITS VIH 2015 - 2019. Recuperado de: <https://vlex.com.pe/vid/586829218>

MINSA (2015). Norma técnica de salud de atención integral del adulto con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Recuperado de:

http://www.digemid.minsa.gob.pe/upload/uploaded/pdf/normatividad/2014/rm_962-2014.pdf

MINSA (2007). Lineamientos de política sectorial en ITS, VIH y Sida. Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional Prevención y Control de Infecciones de Transmisión Sexual, VIH y SIDA. Recuperado de:

http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1255_MINSA1496.pdf

MINSA (2006). Un Paso Adelante en la Lucha Contra El SIDA: Dos Primeros Años de Acceso Universal al Tratamiento Antirretroviral en la República del Perú. Ministerio de Salud del Perú, 2006. Recuperado de: http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/148_%20ATR1.pdf

MINSA (2004). Norma técnica para el Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad-TARGA en adultos infectados por el virus de la

inmunodeficiencia humana. NT N°124-2004-MINS/DGSP-V.01.

Recuperado de:

http://www.diresalalibertad.gob.pe/index.php?option=com_joomdoc&task=doc_download&gid=55&Itemid=129

Molina, M., García, E., Román, B., & García, L. (2013) Efecto de la Intervención Farmacéutica sobre los valores de Presión Arterial de Pacientes en una Oficina de Farmacia de la Comunidad Valenciana. Comunicación Póster. Congreso Sociedad Española de Farmacia Comunitaria. Madrid. Recuperado de:

<https://www.educacion.gob.es/teseo/imprimirFicheroTesis.do?idFichero=58191>

Muñoz, J., Fumaz, C., Ferrer, M., Tuldrà, A., & Rovira, T. (2016) Assessing selfreported adherence to HIV therapy by questionnaire: the SERAD (SelfReported Adherence) Study. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17961100>

Niel, C. (2015). HIV Antibody Assays. HIV InSite. University of California, San Francisco. EE.UU. Recuperado de: <http://hivinsite.ucsf.edu/InSite?page=kb-02-02-01>

Olalla, M. (2012). Conocimiento, Adherencia y Efectividad del Tratamiento Antirretroviral VIH en los Pacientes Externos del Hospital Carlos Haya. Tesis Doctoral. Universidad de Granada. España. Recuperado de: <https://hera.ugr.es/tesisugr/20923958.pdf>

OMS (2017). Directrices Unificadas sobre “El Uso de los Antirretrovirales en el Tratamiento y la Prevención de la Infección por VIH”. Recuperado de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/129493/1/9789243505725_spa.pdf?ua=1&ua=1

- Orella, G. (2015) Factores asociados a la Adherencia al TARGA, en pacientes con VIH/SIDA en el Hospital Central PNP “Luis N. Sáenz”. Recuperado de <http://repositorio.urp.edu.pe/handle/urp/1051>
- OPS (2016). Plan Regional de VIH/ITS para el Sector Salud: 2006-2015. Recuperado de: http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ai/HIV_Regional_Plan_20062015_SPANISH.pdf
- Orozco, D., Mata, M., Artola, S., Conthe, P., Mediavilla, J., & Miranda, C. (2016). Abordaje de la adherencia. Recuperado de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S021265671500270X>
- Pilcher, C. D., Fiscus, S. A., Nguyen, T. Q., Foust, E., Wolf, L., Williams, D., ... & Hightow, L. (2005). Detection of acute infections during HIV testing in North Carolina. *New England Journal of Medicine*, 352(18), 1873-1883.
- Ramírez, S. & Valdiviezo, M. (2015) Relación de ayuda de la enfermera y nivel de Adherencia del Adulto en el Tratamiento Antirretroviral Hospital Regional docente de Trujillo 2015. Recuperado de: <http://docplayer.es/56478416-Universidad-privada-antenor-orrego-facultad-de-ciencias-de-la-salud-escuela-profesional-de-enfermeria.html>
- Ramos, L. (2015). La adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1682-00372015000200006&script=sci_arttext&tlng=pt
- Reynolds, N., Sun, J., Nagaraja, H., Gifford, A., Wu, A. & Chesney, M. (2014). Optimizing Measurement of Self-Reported Adherence with the ACTG Adherence Questionnaire. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18077832>

- Rigueira A. (2015). Cumplimiento terapéutico: ¿qué conocemos de España? *Atención primaria*, 27(8), 559-568. Recuperado de:
https://ac.els-cdn.com/S0212656701788609/1-s2.0-S0212656701788609-main.pdf?_tid=8f8f64fc-1111-11e8-a230-00000aacb35e&acdnat=1518562964_606524e3200c4c032c5419d63f1ed393
- Rivas, J. & Cavero, R. (2011) Adherencia al Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad y Calidad de Vida de Pacientes con VIH/SIDA en el Hospital Regional Docente Las Mercedes de Chiclayo - Perú, 2011. Recuperado de <http://docplayer.es/12619691-Universidad-catolica-santo-toribio-de-mogrovejo.html>
- Rodriguez, P. (2016) Estudio de factores de riesgo influyentes en la Adherencia al Tratamiento Antirretroviral y Desarrollo de un Modelo Predictivo en Pacientes VIH positivos. Recuperado de:
<http://eprints.ucm.es/36230/1/T36928.pdf>
- Toledo Mayarí, G., & Otaño Lugo, R. (2011). Correlación entre las edades cronológica y ósea en pacientes de ortodoncia. *Revista Cubana de Estomatología*, 48(1), 22-28.
- Zafra, J. (2015) Factores asociados al estigma relacionado al VIH/SIDA en los pacientes del programa TARGA del Hospital Nacional 2 de Mayo. Recuperado de: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/3975>

VIII. ANEXOS Y APÉNDICE

Anexo N° 01: Instrumento - Ficha técnica de Registro de Dispensaciones

UNIVERSIDAD SAN PEDRO - FILIAL PIURA

ESCUELA PROFESIONAL DE FARMACIA Y BIOQUÍMICA



“ADHERENCIA AL TARGA, EN PACIENTES MAYORES DE 18 AÑOS, CON DIAGNOSTICO DE VIH/SIDA DEL HOSPITAL III JOSÉ CAYETANO HEREDIA, ESSALUD - PIURA, 2012 - 2017”

Ficha Técnica de Registro de Dispensaciones

Sexo	Paciente estuvo antes del periodo de estudio (2012 – 2017) en el registro de dispensación de tratamiento		¿Recibió tratamiento?		Mes y año en que empezó a recibir tratamiento	Meses que recibió tratamiento	Meses que no recibió tratamiento	¿Paciente Falleció?	
								Si	No
								Fecha de Fcto.	
M	Si	No	Si	No					
F	Si	No	Si	No					
EDAD	18 – 25 años		26 – 35 años		36 – 45 años	46 – 55 años	56 – 65 años	≥ 66 años	

Anexo N° 02: Test de Morisky - Green

PREGUNTAS	OPCIONES DE RESPUESTA	
	SI	NO
¿Se le olvida alguna vez tomar sus medicinas?		
¿Es usted cuidadoso con las horas de tomarlas?		
Cuando se encuentra bien, ¿deja alguna vez de tomar la medicación?		
Si alguna vez la medicación le sienta mal, ¿deja de tomarla?		

Cualquier respuesta no adecuada (no, sí, no y no), se considerará indicativa de falta de adherencia.

Anexo N° 03: Ficha técnico bibliográfico

N°	Título de la investigación	Autor	Año	Información Relevante Encontrada
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				

Anexo N° 04: Consentimiento informado

UNIVERSIDAD SAN PEDRO

FACULTAD MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE FARMACIA Y BIOQUÍMICA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Al firmar este documento doy mi consentimiento para participar de este proyecto de investigación sobre Adherencia al TARGA, en pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de VIH/SIDA del Hospital III José Cayetano Heredia, EsSalud - Piura, 2012 - 2017.

Se me notifica que es de todo voluntaria y que se me aplique una encuesta; y después de iniciada puedo rehusarme a no brindar información y mis respuestas no serán reveladas a nadie y que en ningún informe se me identificará; en caso que tenga alguna pregunta puedo buscar a la investigadora y me proporcionara la información que necesito.

Firma del profesional

Firma del ejecutado(a)

Anexo N° 05: Conceptuación y operacionalización de Variables

VARIABLES	CONCEPTO	INDICADORES	ESCALAS	PREGUNTAS
<p>VARIABLE DEPENDIENTE</p> <p>Adherencia al TARGA</p>	<p>El grado en que el comportamiento de una persona, tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria. (Ramos, 2015)</p>	<p>TEST DE MORISKY GREEN</p>	<p>Nominal</p>	<p>¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si • No <p>¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si • No <p>Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si • No <p>Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si • No
<p>VARIABLE INDEPENDIENTE</p> <p>Factores Biológicos</p>	<p>Condición biológica y fisiológica que definen a hombres y mujeres. (Mendoza,</p>	<p>Ficha técnica de Registro de Dispensación</p> <p>Sexo</p>	<p>Nominal</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Masculino • Femenino

	<p>Claros, & Peñaranda, 2016)</p> <p>La edad, que constituye el tiempo transcurrido desde el nacimiento. (Toledo & Otaño, 2014)</p>	Edad	Ordinal Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • 18 a 25 años • 26 – 35 años • 36 – 45 años • 46 – 55 años • 56 – 65 años • 66 a más años
--	---	------	-----------------	---