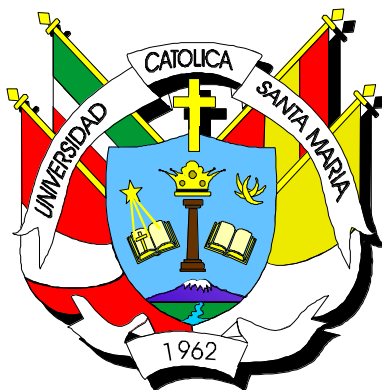


UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
**FACULTAD DE CIENCIAS FARMACÉUTICAS,
BIOQUÍMICAS Y BIOTECNOLÓGICAS**
SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ATENCIÓN FARMACÉUTICA



**“EFECTO DE LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN LA ADHERENCIA
AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON VIH/SIDA DEL PROGRAMA
DE TARGA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO
ESPINOZA DE AREQUIPA”**

**Tesis elaborada por:
Q.F. Aída Elizabeth Núñez Rodríguez
para Obtener el título profesional de Segunda
Especialidad en Atención Farmacéutica**

Asesora: Dra. Q.F. Yenny López Valencia

AREQUIPA – PERÚ

2015



DEDICATORIA

Con todo mi amor a mis queridos hijos
Eduardo y Adriana, quienes son la razón
de mi vida



AGRADECIMIENTO

A la Dra. Q.F. Gaby Josefina Velasco Lozano, por sus valiosas observaciones y sugerencias para la realización de este estudio.

INDICE

	Página
Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
1. Resumen	V
2. Introducción	05
3. CAPÍTULO I: Marco Teórico	07
4. CAPÍTULO II: Material y Métodos	17
5. CAPÍTULO III: Resultados	24
6. CAPÍTULO IV: Discusión	36
7. Conclusiones	40
8. Recomendaciones	41
Anexos	42
Bibliografía	46

RESUMEN

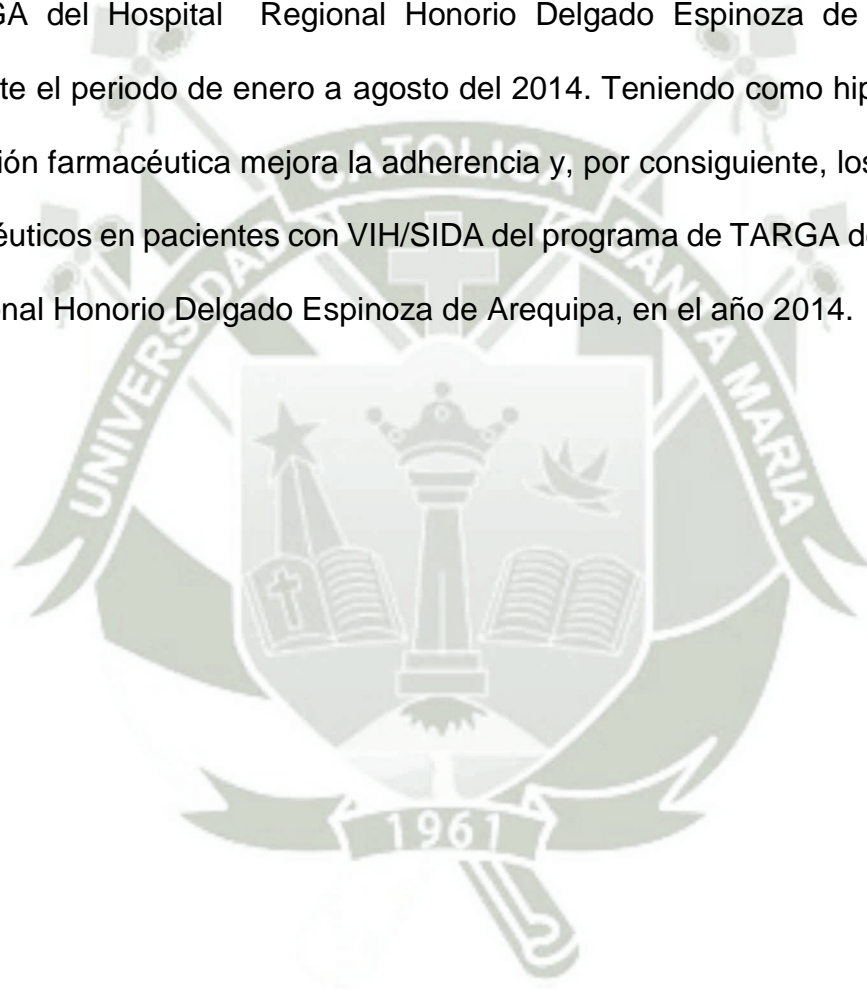
Adherencia es una palabra que se utiliza para definir si seguimos o abandonamos un tratamiento. El grado de adherencia del paciente al tratamiento es un determinante fundamental del grado y duración de la supresión viral que se logre con TARGA. La adherencia inadecuada es el factor más importante para el fracaso terapéutico. El objetivo fue: Determinar el efecto de la atención farmacéutica mediante el seguimiento terapéutico o educación sanitaria en la adherencia al tratamiento en pacientes con VIH/SIDA del programa de TARGA del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa, durante el periodo de enero a agosto del 2014. Con respecto a la metodología, se evaluaron a los pacientes del programa de TARGA del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza en el mes de enero del 2014 dividiéndolos en 2 grupos; recibiendo y no la atención farmacéutica por parte del investigador; así mismo se examinó la adherencia al tratamiento de ambos grupos al inicio y al final de la investigación para comparar

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

INTRODUCCIÓN

El intento de combatir el SIDA es constante a través de la historia. La infección por VIH es un problema de salud, que ha cobrado millones de vidas. El conocimiento de la enfermedad, el avance de la tecnología y el seguimiento, junto con el tratamiento antirretroviral, más intenso y especializado, han logrado disminuir las infecciones por VIH y las muertes relacionadas al sida, por lo que la infección por VIH, en los países desarrollados, toman un curso de cronicidad, tales como Diabetes Mellitus. La terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA) ha logrado la mejora del estado clínico y pronóstico de gran parte de los pacientes infectados por el VIH, minimizando su morbi-mortalidad. Es importante mencionar que, el TARGA necesita, para su eficacia, una alta adherencia al tratamiento. Si hay poca adherencia al tratamiento se observará, aumento de la carga viral, disminución de los linfocitos CD4, elevación del riesgo de transmisión de cepas resistentes del virus, desmedro de la salud y calidad de vida, disminución de expectativas terapéuticas e incremento del coste sanitario. En este sentido es de clara importancia enfatizar los estudios e intervenciones en este aspecto. De ahí la importancia del presente trabajo de investigación, sobre todo porque recalca la gran labor que ejerce el Químico Farmacéutico quien al ser el último contacto con el paciente cierra el círculo de la atención y está en sus manos la gran tarea de mejorar este sistema para lograr una mejor adherencia y confianza en el paciente.(7) Por todo lo mencionado el presente trabajo de

investigación tiene como problema: ¿Cuál es el efecto de la atención farmacéutica en la adherencia al tratamiento en pacientes con VIH/SIDA del programa de terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA) del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa, en el año 2014? Para lo cual se planteó el objetivo: Determinar el efecto de la atención farmacéutica en la adherencia al tratamiento en pacientes con VIH/SIDA del programa de TARGA del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa, durante el periodo de enero a agosto del 2014. Teniendo como hipótesis: La atención farmacéutica mejora la adherencia y, por consiguiente, los objetivos terapéuticos en pacientes con VIH/SIDA del programa de TARGA del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa, en el año 2014.





1. CONCEPTOS BÁSICOS

A. EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA

Desde los ochentas, en que se descubrieron los virus HTLV tanto I, II y III, se conformó la familia retroviridae que aqueja a la humanidad. Esta familia que produce una amplia gama de enfermedades diferentes y un alto número de virus que pertenecen a la familia retrovirus, tienen una similar estructura, organización replicación. (1)

Se les llama retrovirus porque la información genética en forma de ARN se transcribe al ADN de la célula huésped, y no como suele ser en la mayoría de virus de manera contraria. (2)

B. CLASIFICACIÓN Y DIAGNÓSTICO

Según la Centers for Disease Control and Prevention (CDC) por sus siglas en inglés; y, por la Organización Mundial de la Salud (OMS) se da en dos criterios: (1, 3)

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

- Grupo B: Presencia de enfermedad por VIH sintomática.
- Grupo C: Presencia de enfermedad y trastornos indicadores de enfermedad de sida.
- Criterio analítico (cifra de células CD4):
 - Categoría 1: tener más de 500 células CD4/ml (ó >29%).
 - Categoría 2: tener una cifra de CD4 entre 200-500 CD4/ml (ó 14-29%).
 - Categoría 3: tener una cifra menor de 200 CD4/ml.

El diagnóstico de sida, a los criterios mencionados, se agrega uno tercero que sería relacionado con los trastornos asociados a la enfermedad; por ende, el diagnóstico de SIDA, necesita se confirmen, al menos, una de las 26 características clínicas como indicativas de la enfermedad. Así todos los niveles son excluyentes y se clasifica en la más avanzada. (4)

C. TRATAMIENTO

El primer inhibidor de la transcriptasa inversa, la zidovudina (AZT), se usó como monoterapia en pacientes con infección del VIH, pero ésta no funcionó, puesto que denota una rápida resistencia por la alta replicación y mutaciones. Por ello, se crearon otros fármacos que disminuyen más radicalmente la carga viral y así disminuir la mutación y replicación también. En los años noventa, se desarrolló

un nuevo tipo de antirretrovirales inhibidores de la proteasa, que es una enzima que logra la replicación viral intralinfocitaria. Con la adición y combinación de estos fármacos se dio a lo que hoy se conoce como terapia de gran actividad (TARGA) por sus siglas en español. (5)

Hoy en día hay una gran variedad de fármacos para controlar la infección del VIH, sobre todo en los países industrializados.

D. TERAPIA ANTIRRETROVIRAL DE GRAN ACTIVIDAD

Se basa en la multidrogoterapia que actúa en distintas partes del ciclo de reproducción viral o logrando la disminución de la replicación viral. (6)

El tratamiento está conformado por diferentes tipos de antiretrovirales que son:

- Inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleósidos (ITIAN),
- Inhibidores de la transcriptasa inversa no análogos de nucleósidos (ITINAN)
- Inhibidores de la proteasa (IP).

Es mejor el tratamiento en la fase inicial con baja carga viral, pues tiene mayor índice de eficacia.(6)

E. LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA

En los últimos años se da gran importancia al estudio de la adherencia al tratamiento y todo lo relacionado a este aspecto. Es importante recalcar que el paciente tiene un papel determinante en este aspecto y que se está dando mayor importancia con el incremento de las enfermedades crónicas en los últimos años.(7)

Existen varias consecuencias negativas en el paciente cuando hay disminución de la adherencia al tratamiento, dentro de ellas: (8)

- Aumento de riesgos y morbimortalidad.
- Posibilidad incrementada de equívocos en diagnóstico y tratamiento.
- Aumento del coste sanitario
- Mala relación médico paciente.

La definición más aceptada de adherencia al tratamiento es la de Epsin y Cluss, del año 1982: “La coincidencia entre el comportamiento de una persona y los consejos de salud y prescripciones que ha recibido”. (9)

La adherencia implica un cambio de conductual:

- Ser parte del programa de tratamiento y continuar con él.
- Reducir conductas de riesgo.
- Cumplir con las citas médicas
- Tomar adecuadamente los medicamentos y seguir el tratamiento terapéutico.

Los cambios en la adherencia al tratamiento pueden ser en diferentes etapas de la enfermedad. De allí su complejidad e importancia (9).

La adherencia se debe considerar más un estado que una conducta específica puesto que es muy importante para todo el curso de la enfermedad.

Los principales signos de falta de adherencia pueden implicar errores de:

- Omisión.
- Dosis.
- En el tiempo.
- En el propósito.
- Automedicación.

F. LA ADHERENCIA A LA TERAPIA DE GRAN ACTIVIDAD

El objetivo es la disminución total y duradera de la replicación viral. La adherencia al tratamiento antirretroviral se define: “la habilidad de la persona VIH/sida en la elección, comienzo, manejo y mantenimiento de la combinación farmacológica con el fin de controlar la replicación viral del virus y mejorar su sistema inmune” o como “la capacidad del paciente de implicarse correctamente en la elección, inicio y control del tratamiento antirretroviral, que permita mantener su cumplimiento riguroso con el objetivo de conseguir una adecuada supresión viral” (10).

G. INTERVENCIÓN DEL FARMACÉUTICO EN LA MEJORA DE LA ADHERENCIA

La intervención farmacéutica se agrupa de la siguiente manera: (11)

- A cerca de la cantidad de medicamento.
 - Cambio de dosis (cantidad del fármaco)
 - Cambio de la dosificación (frecuencia y/o duración)
 - Cambio de la administración de la cantidad.

- A cerca de en la estrategia farmacológica. (aumentar, quitar o reemplazar un medicamento).

- Acerca de la educación al paciente
 - Sobre el uso del fármaco, así se podría minimizar el incumplimiento involuntario.
 - Cambiar la actitud al tratamiento, así se podría minimizar el incumplimiento voluntario
 - Educación sanitaria en actividades no farmacológicas.

- Claridad de la prescripción.

Numerosos trabajos de investigación en varios países y las diferentes etapas de la atención de salud, demostraron el efecto positivo del farmacéutico en la disminución de la carga viral. Por lo mencionado se concluye que es muy importante generar y propulsar programas de seguimiento en el tratamiento de TARGA para obtener su objetivo en la salud del paciente. (12,13)

La participación del químico farmacéutico en la mejora de la adherencia al tratamiento TARGA. El consejo farmacéutico, con respecto a la administración de los fármacos tiene un rol preponderante en este aspecto. Se debe tomar en cuenta que la administración del TARGA no es tan sencilla por sus horarios y variedad de fármacos, por ende la participación del farmacéutico determina el mejor tratamiento del paciente. Además cabe

resaltar que esta atención farmacéutica es aceptada y bien vista por médicos y por los pacientes. (14,15)

H. ATENCIÓN FARMACÉUTICA

La actividad del químico farmacéutico, paso de ser sólo dispensar los medicamentos a una atención personalizada, mejorando el cumplimiento del tratamiento, lo cual sería la: “Atención farmacéutica”, mediante la denominada entrevista farmacéutica. (16,17)

De esta forma, se lograría:

- Dispensación informada.
- Seguimiento farmacoterapéutico.
- Evaluar los conocimientos del paciente a cerca de su enfermedad.
 - o Causa del tratamiento.
 - o Dosis
 - o Administración
 - o Técnicas
 - o Duración
 - o Preservación
 - o Tiempo de tratamiento.
 - o Reacciones adversas.

- Otras recomendaciones anexas relacionadas.
 - Se puede averiguar sobre el estilo de vida, ocupación, etc. para adecuar la administración del TARGA a sus horarios.
 - Evitar y detectar a polifarmacia.

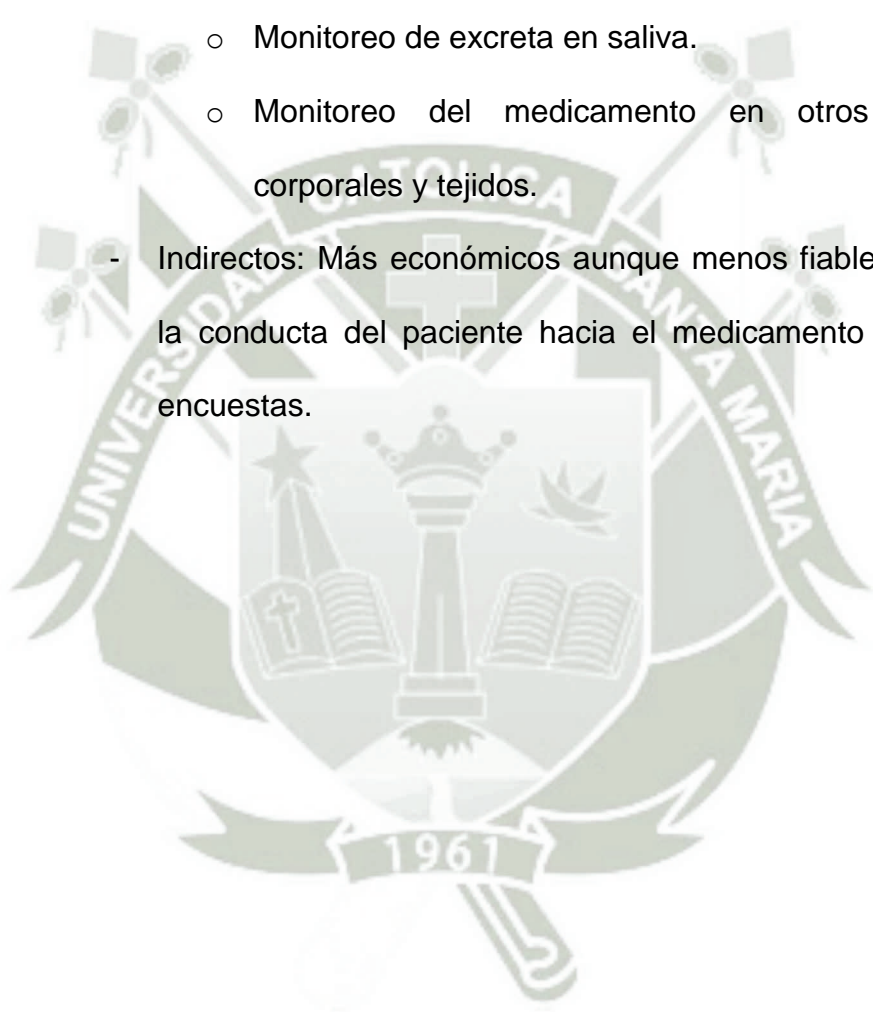
Se debe mencionar también que la falta de adherencia al tratamiento no sólo es por la actitud del paciente, sino también es importante la capacidad de obtener información del entrevistador, por lo que, la relación farmacéutico-paciente es muy importante. En este sentido la adherencia al tratamiento es una meta del químico farmacéutico. (18)

I. EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

Debido a que la adherencia al tratamiento es una actividad de los pacientes en toda su diversidad, no resulta fácil su evaluación. Un método para evaluarla, debería ser altamente específico y sensible. Sin embargo los métodos con los que se cuentan no logran tener ambas características como quisiéramos, por tanto se trata de suplir esto mediante la aplicación de varias estrategias para medir la adherencia al tratamiento. (19,20)

Se disponen actualmente de dos grupos de métodos:

- Directos: Mide la cantidad del medicamento y/o sus metabolitos en líquidos o tejidos corporales. Estos son:
 - Medición de concentraciones en suero.
 - Monitoreo de excreta del medicamento en orina.
 - Uso de marcadores.
 - Monitoreo de excreta en saliva.
 - Monitoreo del medicamento en otros líquidos corporales y tejidos.
- Indirectos: Más económicos aunque menos fiables, denota la conducta del paciente hacia el medicamento mediante encuestas.





CAPÍTULO II

MATERIAL Y MÉTODOS

II.1 ANÁLISIS DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	INDICADOR	UNIDAD O CATEGORÍA	ESCALA
VARIABLE INDEPENDIENTE Atención farmacéutica	- Seguimiento farmacoterapéutico o educación sanitaria	* Si * No	Nominal
VARIABLE DEPENDIENTE Adherencia al tratamiento	Medición de la adherencia mediante Escala simplificada para detectar problemas de adherencia (ESPA) al tratamiento antiretroviral	* Grado 1 (No adherido) * Grado 2 (No adherido) * Grado 3 (No adherido) * Grado 4 (No adherido) * Grado 5 (Adherido) * Grado 6 (Adherido)	Nominal

	Medición de carga viral plasmática (número de copias de virus ARN/ml)	<p>* Alta: valores superiores a 100,000 copias</p> <p>* Intermedios: valores entre 10,000 a 100,000 copias</p> <p>* Bajos: valores menores a 10,000 copias</p>	Nominal
--	---	--	---------

II.2 PLANTEAMIENTO OPERACIONAL DE LA INVESTIGACIÓN

A. TIPO DE INVESTIGACIÓN:

Corresponde a un estudio de casos y controles.

B. MATERIALES

- HUMANOS: El investigador, asesor estadístico.
- MATERIALES: Historias clínicas, material de escritorio, computadora, paquete estadístico.
- FINANCIEROS: La investigación fue solventada con recursos propios del investigador.

C. INSTRUMENTOS

- Ficha de recolección de datos. (Anexo 1)
- Escala simplificada para detectar problemas de adherencia (ESPA) al tratamiento antirretroviral. (Anexo 2)
- Reporte de Historias Clínicas de medición de carga viral

II.3 CAMPO DE INVESTIGACIÓN

A. ÁMBITO GEOGRÁFICO Y TEMPORAL

El presente estudio se realizó en la ciudad de Arequipa, departamento del Perú; exactamente en el Hospital Regional Honorio Delgado, departamento de Farmacia. Se realizó durante los meses de enero a agosto del 2014.

B. UNIDADES DE ESTUDIO

- CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes con VIH/SIDA del programa de TARGA del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa
- Pacientes de ambos sexos.
- Pacientes mayores de 18 años.

- CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes con otras patologías y/o complicaciones que reciben otro tipo de medicación.
- Pacientes gestantes.

C. TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se trata del universo de una muestra por conveniencia en base al número de pacientes que acuden y pertenecen a este programa, conformándose 2 grupos de 50 cada uno.



II.3 ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

- Se procedió a extraer la información de las fichas farmacoterapéuticas de pacientes con VIH/SIDA del programa de TARGA del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, dividiéndolas en 2 grupos de 50 cada uno. El primer grupo conformado por fichas farmacoterapéuticas de pacientes que acuden formalmente a recibir su medicación como parte del programa, así como a sus controles. El segundo grupo conformado por fichas farmacoterapéuticas de pacientes que fallan a los controles y a la recepción de medicamentos.
- El segundo grupo fue sometido a una “Atención farmacéutica” especial con seguimiento farmacoterapéutico y/o educación sanitaria durante los 8 meses consecutivos de manera mensual durante los controles médicos de los pacientes.
- Se extrajo la información de las fichas farmacoterapéuticas para obtener el dato de adherencia al tratamiento según escala ESPA (Anexo 2) al inicio del año 2014. Así mismo se obtuvo la misma información luego de 8 meses de tratamiento para ambos grupos.
- Los datos obtenidos fueron consignados en la ficha de recolección de datos correspondiente. (Anexo 1)
- Con los datos obtenidos se realizó los respectivos procesos estadísticos. Los datos fueron analizados con técnicas de estadística descriptiva para producir frecuencias absolutas y

porcentuales y valores de resumen en el caso de variables e indicadores cuantitativos y la diferencia entre ambos grupos se establecerá con Chi cuadrado y Odd ratio. Software: SPSS para Windows. 22.0





TABLA 1

DISTRIBUCIÓN SEGÚN EDAD

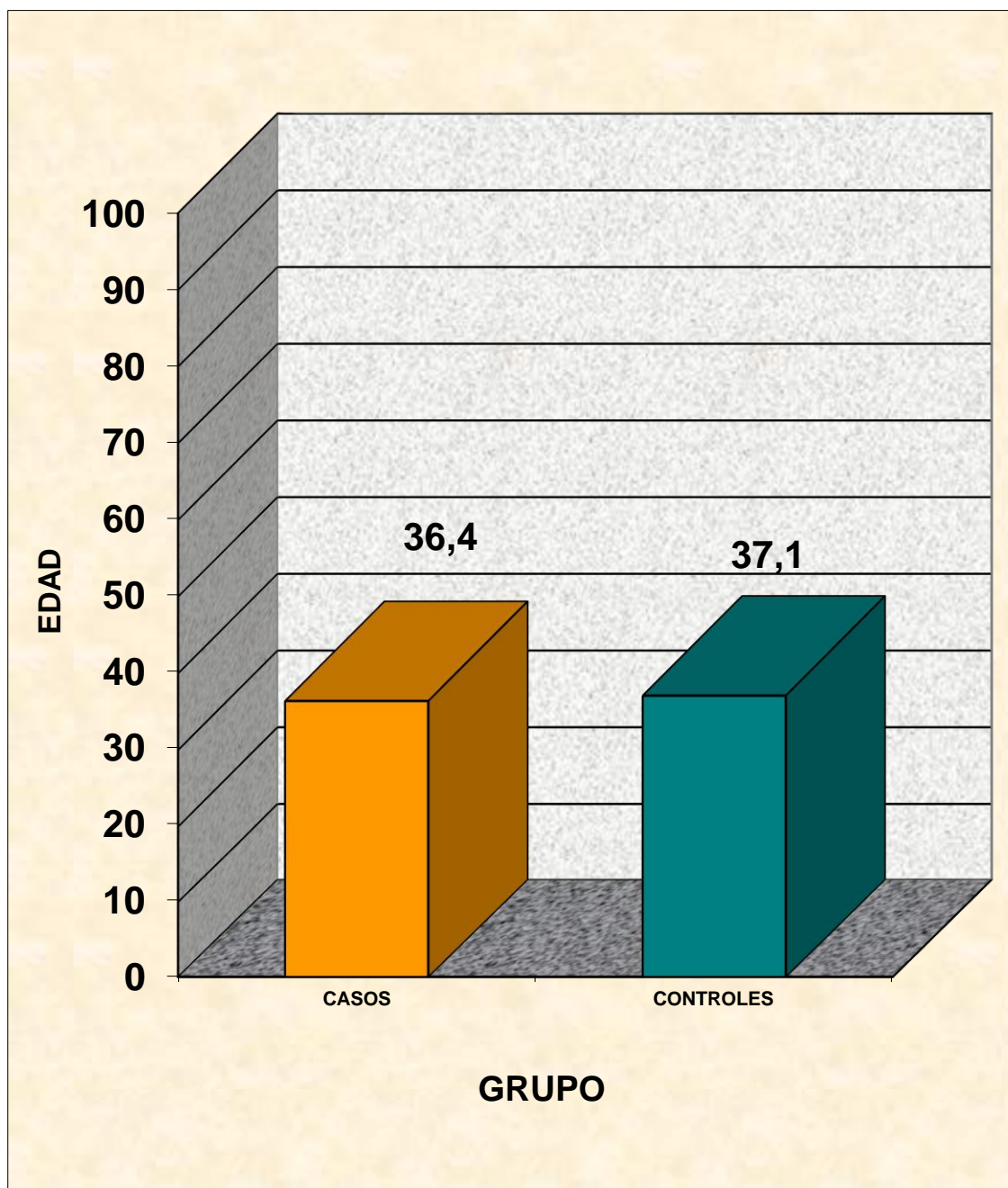
EDAD (años)	PACIENTES DEL PROGRAMA DE TARGA	
	CASOS	CONTROLES
NÚMERO	50	50
MEDIA	36,4	37,1
DESVIACIÓN ESTANDAR	9,0	9,9
EDAD MÍNIMA	21,00	23,00
EDAD MÁXIMA	62,00	53,00

Elaboración propia

P>0.05

GRÁFICO 1

DISTRIBUCIÓN SEGÚN EDAD



Elaboración propia

TABLA 2

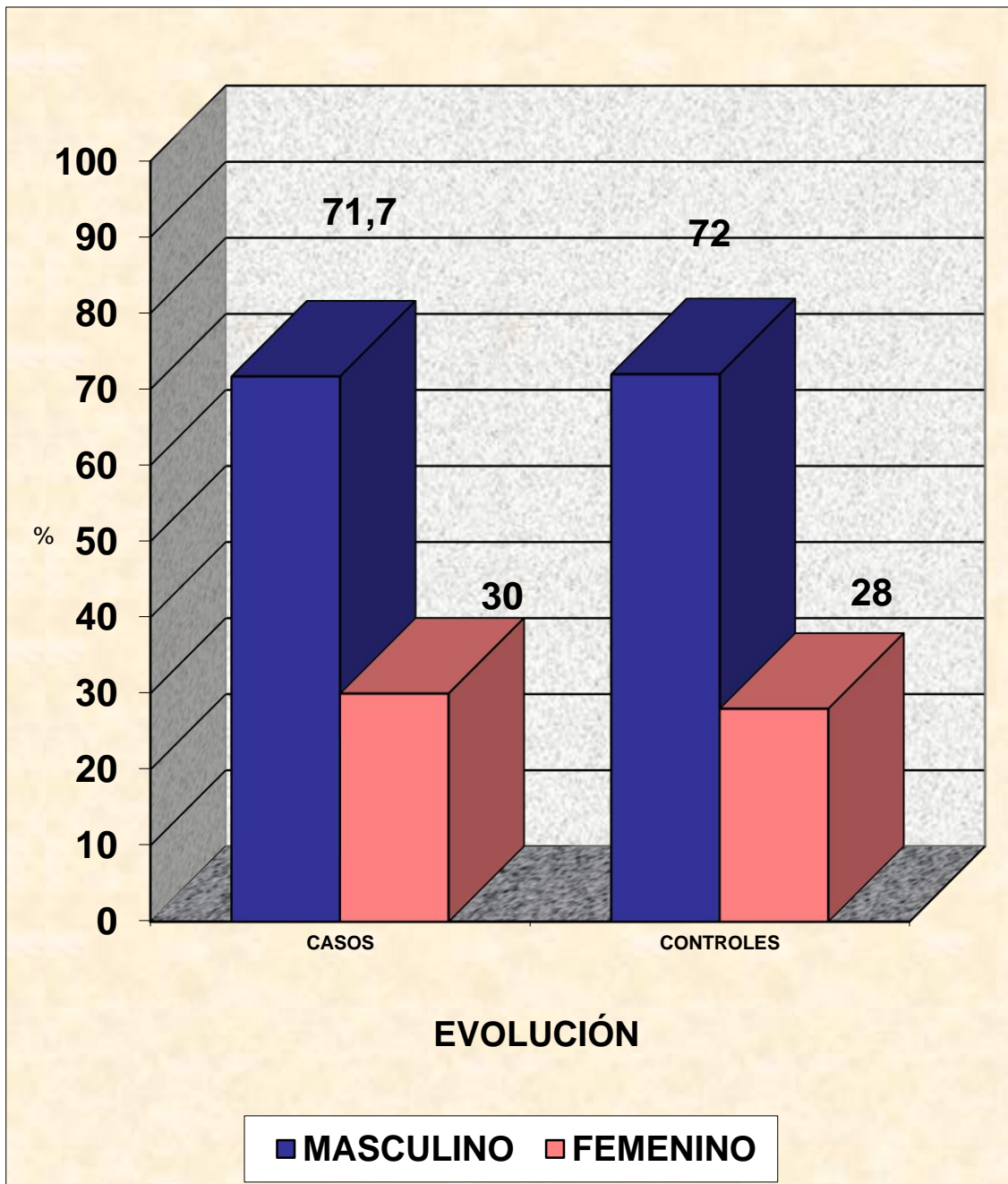
DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL SEXO

SEXO		PACIENTES DEL PROGRAMA DE TARGA	
		CASOS	CONTROLES
MASCULINO	Nº	35	36
	%	71.7	72
FEMENINO	Nº	15	14
	%	30	28
TOTAL		50	50

Elaboración propia

GRÁFICO 2

DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL SEXO



Elaboración propia

TABLA 3

DISTRIBUCIÓN SEGÚN TIEMPO DE TRATAMIENTO

TIEMPO DE TRATAMIENTO (meses)	PACIENTES DEL PROGRAMA DE TARGA	
	CASOS	CONTROLES
NÚMERO	50	50
MEDIA	46,3	47,8
DESVIACIÓN ESTANDAR	36,4	37,9
TIEMPO MÍNIMO DE TRATAMIENTO	12,00	13,00
TIEMPO MÁXIMO DE TRATAMIENTO	175,00	107,00

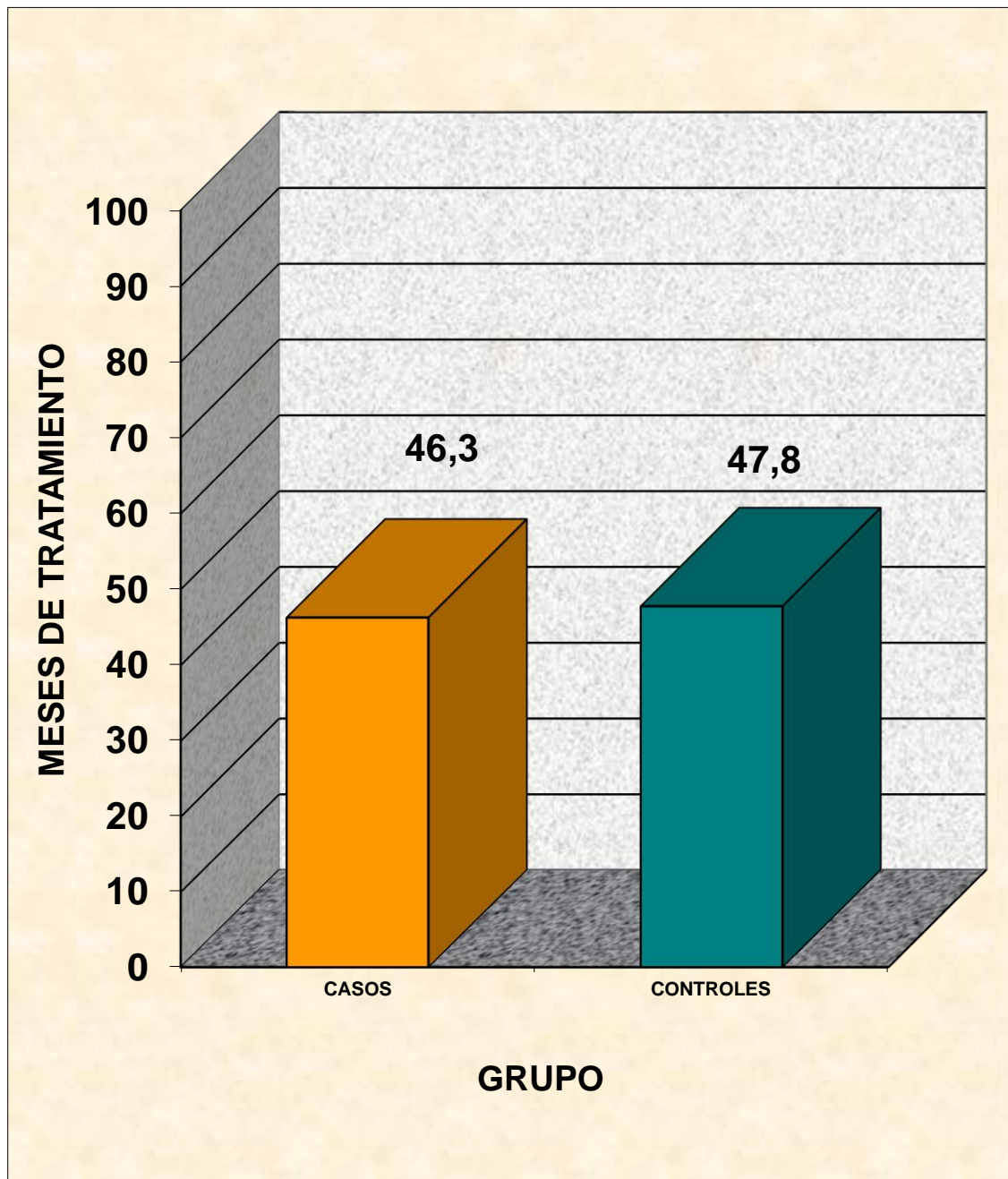
Elaboración propia

P>0.05

1961

GRÁFICO 3

DISTRIBUCIÓN SEGÚN TIEMPO DE TRATAMIENTO



Elaboración propia

TABLA 4

DISTRIBUCIÓN SEGÚN OCUPACIÓN

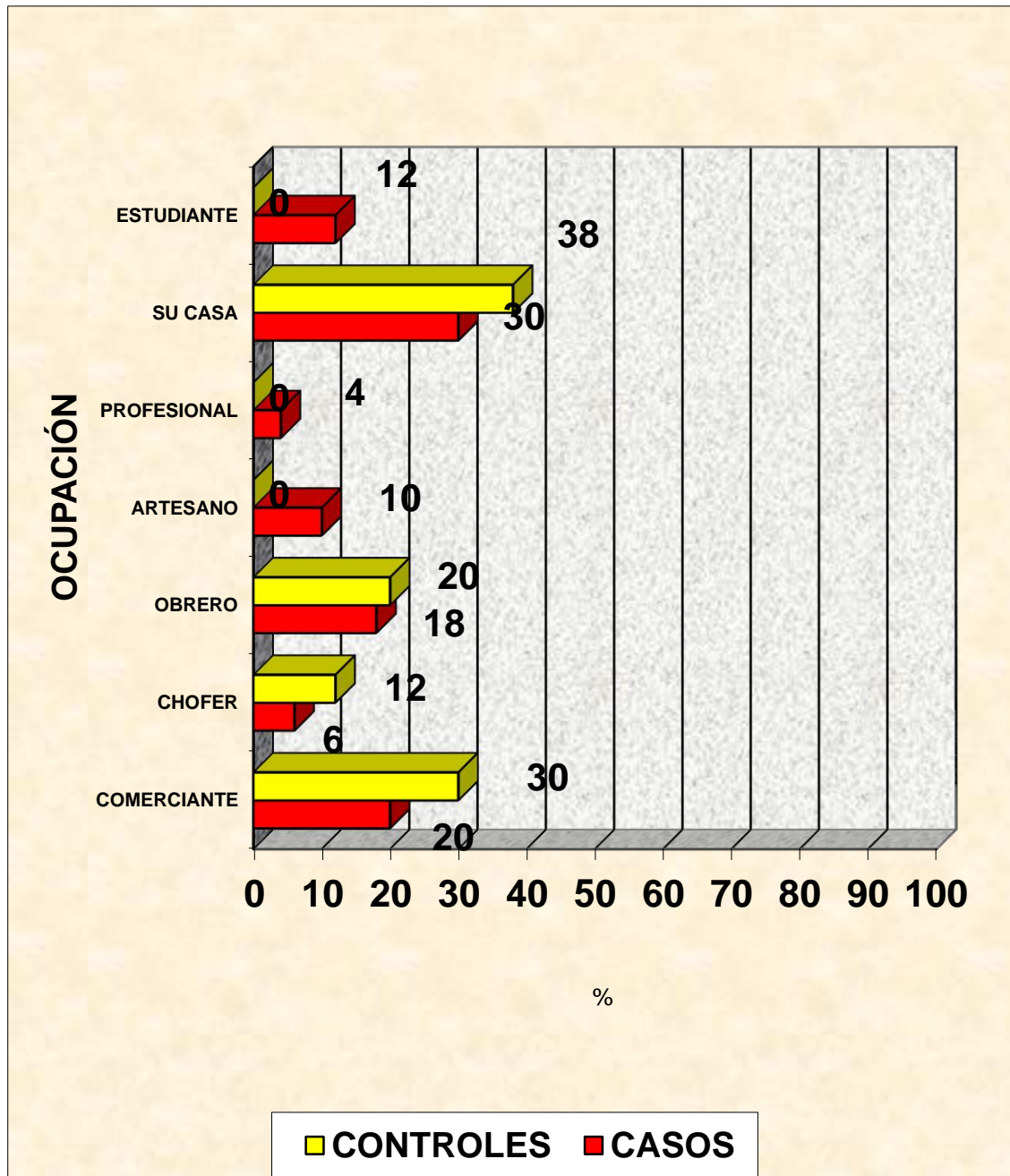
OCUPACIÓN	PACIENTES DEL PROGRAMA DE TARGA		TOTAL	
	CASOS	CONTROLES		
COMERCIANTE	Nº	10	15	25
	%	20	30	50
CHOFER	Nº	3	6	9
	%	6	12	18
OBRERO	Nº	9	10	19
	%	18	20	38
ARTESANO	Nº	5	0	5
	%	10	0	10
PROFESIONAL	Nº	2	0	2
	%	4	0	4
SU CASA	Nº	15	19	34
	%	30	38	68
ESTUDIANTE	Nº	6	0	6
	%	12	0	12
TOTAL		50	50	100

Elaboración propia

Chi cuadrado: 15.523 $p > 0.05$

GRÁFICO 4

DISTRIBUCIÓN SEGÚN OCUPACIÓN



Elaboración propia

TABLA 5

DISTRIBUCIÓN SEGÚN LA CARGA VIRAL

CARGA VIRAL (N° de copias de virus ARN/ml)	PACIENTES DEL PROGRAMA DE TARGA	
	CASOS	CONTROLES
NÚMERO	50	50
MEDIA	25443,5	15075,9
MÍNIMO VALOR ENCONTRADO	0.0	40,00
MÁXIMO VALOR ENCONTRADO	200000,0	70524,0

Elaboración propia

P<0.05

TABLA 6

DISTRIBUCIÓN SEGÚN LA CANTIDAD DE LINFOCITOS CD4

CD4 (N° de linfocitos /ml)	PACIENTES DEL PROGRAMA DE TARGA	
	CASOS	CONTROLES
NÚMERO	50	50
MEDIA	318,7	385,1
MÍNIMO VALOR ENCONTRADO	40,0	220,0
MÁXIMO VALOR ENCONTRADO	70524,0	568,0

Elaboración propia

P<0.05

1961

TABLA 7
EFFECTO ATENCIÓN FARMACÉUTICA

ADHERENCIA TERAPÉUTICA		PACIENTES DEL PROGRAMA DE TARGA		TOTAL
		CON ATENCIÓN FARMACÉUTICA (CASOS)	SIN ATENCIÓN FARMACÉUTICA (CONTROLES)	
CON ADHERENCIA	N°	17	6	23
	%	34*	12*	
SIN ADHERENCIA	N°	33	44	77
	%	66	88	
TOTAL		50	50	100

Elaboración propia

***Diferencia entre pacientes con adherencia de casos y controles: 22%**

Chi cuadrado: 6.832 p<0.05

ODD RATIO: 3.778; IC: 1.34 - 10.62



La terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA) ha mejorado, en los países desarrollados, la situación clínica y el pronóstico de la mayor parte de los pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), disminuyendo su morbi-mortalidad. En la actualidad, la adherencia al tratamiento constituye un punto crítico necesario para conseguir la supresión

viral, evitar el desarrollo de resistencias y garantizar resultados clínicos óptimos. Sin embargo, los esquemas terapéuticos disponibles siguen siendo complicados, con numerosos efectos adversos asociados y requieren alto grado de cumplimiento, de manera que una baja adherencia es la principal causa de fallo virológico.

En el presente trabajo se planteó la hipótesis de que el seguimiento farmacoterapéutico o educación sanitaria mejora la adherencia y, por consiguiente, los objetivos terapéuticos en pacientes con VIH/SIDA del programa de TARGA del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa, para lo cual se evaluaron un total de 100 pacientes, los cuales se dividieron en dos grupos. De casos y controles, aplicando al primer grupo un seguimiento farmacoterapéutico o educación sanitaria.

En la tabla 1 se observa la distribución de los grupos según la edad, que al evaluar la diferencia mediante la prueba de t de medias independientes se encuentra una diferencia no significativa estadísticamente, lo cual hace ambos grupos comparables. Es necesario resaltar que el promedio de edad de ambos grupos se encuentra entre 36 y 37 años. Este dato es similar a lo encontrado por Alcántara en el hospital Hipólito Hunanue en el 2008, quien reporta un promedio de edad entre 35 y 41 años; y , un tanto menor de lo encontrado por Sánchez en Madrid en el 2010, quien encontró una media de 43 años, en estudios similares.

En cuanto al sexo, el sexo masculino fue el más predominante, entre 71 y 72% del total en ambos grupos, similar a lo encontrado por Sánchez que reporta entre 72 y 82%, sin embargo el estudio de Alcántara en Lima no halló una diferencia altamente significativa entre ambos sexos, con 52.7 masculino y 47.3 femenino. (Tabla 2)

En la tabla 3 se muestra el tiempo de tratamiento de ambos grupos, con una diferencia no significativa, lo que como se mencionó anteriormente hace los grupos comparativos, lo que se buscó para evitar sesgo en la investigación. El promedio del tiempo fue de 46.3 meses para los casos y 47.8 meses para los controles.

En cuanto a la ocupación de los pacientes evaluados, fue variado, siendo los más frecuentes los que no tenían ninguna ocupación, seguidos de los dedicados al comercio y obreros y los que no tenían ninguna ocupación. Estos datos muy similares a lo reportado por Alcántara, probablemente se deba a la realidad de nuestro país. Se recalca que pese a la libertad de tiempo de los pacientes que no trabajan su adherencia al tratamiento no es la esperada.

En cuanto a la carga viral y el conteo de linfocitos CD4, que son parámetros laboratoriales para evaluar la evolución de los pacientes, se encontró una relación estadísticamente significativa tanto en los casos como los controles, es decir, que a pesar de recibir o no la consejería ambos grupos indicaron mejoría laboratorial, esto se debería que pese a la poca adherencia al

tratamiento, el programa TARGA hace el seguimiento correspondiente logrando la mejoría de los pacientes, por otro lado se debe tomar en cuenta que no se consideran en este trabajo los pacientes que abandonan el tratamiento, que son quienes podrían presentar mayores índices de evolución negativa.

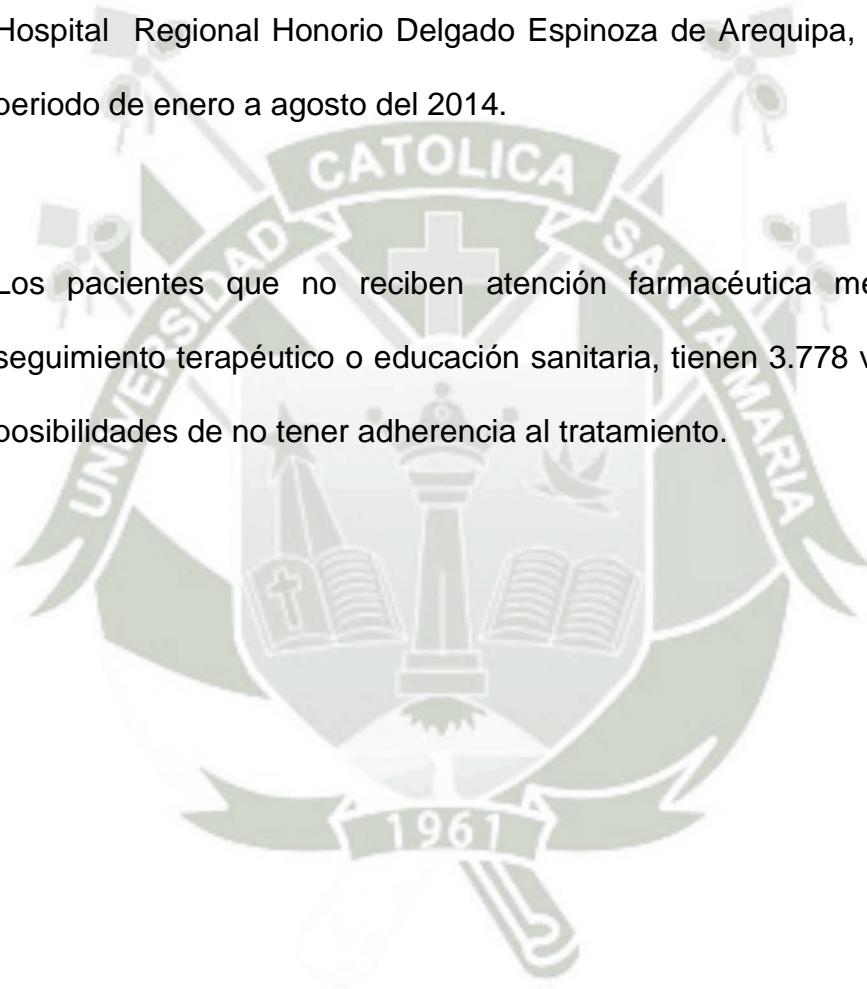
En la tabla 7, se muestra la distribución de los pacientes de ambos grupos de estudio con los resultados de la aplicación de la escala de adherencia al tratamiento, encontrándose que los pacientes que recibieron la consejería lograron una adherencia en un 34%, sin embargo el grupo control indica un 12%; estos datos representan una relación estadísticamente significativa entre ambos grupos, lo cual indica que nuestra hipótesis es verdadera. Así mismo se estableció la correlación Odd ratio entre ambos grupos, con un valor de 3.778, que quiere decir que los pacientes que no reciben atención farmacéutica tienen 3.778 veces más posibilidades de no tener adherencia al tratamiento.

No existen trabajos similares con los que se pueda comparar nuestros resultados, sin embargo, se destaca la gran importancia de la labor del Químico farmacéutico en el tratamiento de esta patología así como de muchas otras que reciben tratamientos por largos períodos de tiempo.

CONCLUSIONES

- I. El efecto de la atención farmacéutica mediante el seguimiento terapéutico o educación sanitaria mejora en un 22% la adherencia al tratamiento en pacientes con VIH/SIDA del programa de TARGA del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa, durante el periodo de enero a agosto del 2014.

- II. Los pacientes que no reciben atención farmacéutica mediante el seguimiento terapéutico o educación sanitaria, tienen 3.778 veces más posibilidades de no tener adherencia al tratamiento.



RECOMENDACIONES

- 1 Se recomienda realizar trabajos de investigación similares en otras unidades del Hospital, sobre todo en las áreas asistenciales.
- 2 Se recomienda continuar con la aplicación de esta atención farmacéutica mediante el seguimiento terapéutico o educación sanitaria para poder mejorar en la adherencia al tratamiento de todas las patologías crónicas.



ANEXOS

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

GRUPO: casos / controles

N° de ficha:

○ **DATOS GENERALES:**

Nombre (iniciales):

Edad (años):

Sexo:

Ocupación:

○ **FECHA DE TRATAMIENTO**

.....

○ **TIEMPO DE TRATAMIENTO**

.....

○ **NÚMERO DE MEDICAMENTOS RECIBIDOS**

.....

○ **RESULTADOS DE LA CARGA VIRAL**

.....(primera).....(segunda)

○ **RESULTADOS DE LA CANTIDAD DE LINFOCITOS CD4**

.....(primera).....(segunda)

○ **RESULTADOS DE LA ESCALA SIMPLIFICADA PARA DETECTAR
PROBLEMAS DE ADHERENCIA**

1.- (SI) (NO)

2.- (SI) (NO)

3.- (SI) (NO)

4.- (SI) (NO)

5.- (SI) (NO)

6.- (SI) (NO)

.....(primera)

1.- (SI) (NO)

2.- (SI) (NO)

3.- (SI) (NO)

4.- (SI) (NO)

5.- (SI) (NO)

6.- (SI) (NO)

.....(segunda)

○ **OBSERVACIONES**

.....

ANEXO 2

ESCALA SIMPLIFICADA PARA DETECTAR PROBLEMAS DE ADHERENCIA (ESPA) AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL

La escala ESPA es un instrumento válido para detectar problemas de adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes VIH+. Debido a su comodidad, es posible considerarla como una herramienta adecuada para detectar a los pacientes no adherentes en la práctica clínica. Es una escala que consta de 6 preguntas con respuesta dicotómica, ha sido validada respecto a los registros de dispensación en farmacia y presenta una sensibilidad, una especificidad y una eficiencia elevadas.

La primera pregunta se considera positiva cuando el paciente acude por medicación al servicio de farmacia del hospital entre los 15 días anteriores o posteriores a la cita programada. La cuestión dos se refiere a la percepción del entrevistador, a partir de preguntas abiertas, acerca del conocimiento que tiene el paciente sobre la posología de su pauta terapéutica. La cuestión tres se considera positiva si el paciente puede recordar la marca comercial o el nombre del principio activo de los fármacos que toma. La cuestión cuatro es positiva si los hábitos diarios del paciente respecto a la medicación coinciden con las recomendaciones que se le efectuaron (se diferencia de la pregunta dos en que en algunos casos, el conocimiento de las recomendaciones no implica que estas se lleven a cabo en la práctica). La cuestión cinco se considera positiva cuando la respuesta al tratamiento es adecuada (referida a carga viral –indetectable o en descenso– y recuento de linfocitos CD4 –

mantenidos o incrementados-) y, al mismo tiempo, la evaluación subjetiva es satisfactoria (paciente sin adicción a sustancias tóxicas, sin alteraciones cognitivas y sin creencias extremadas). Finalmente, la pregunta seis es positiva si la cantidad de medicación que el paciente refiere que almacena en su domicilio no excede 15 días de tratamiento. Cada respuesta positiva supone 1 punto y cada respuesta negativa 0 puntos. La ESPA en conjunto se puntúa ente 1 y 6. Si todas las preguntas son positivas (grado 6), se considera que el paciente no presenta problemas relacionados con la adherencia.

El peor resultado posible (grado 1) se obtiene cuando las cuestiones 1, 2 o ambas son negativas, con independencia del resto. Con objeto de convertir los resultados de la ESPA en una variable dicotómica, se considera a los pacientes como adherentes cuando el grado es de 5 ó 6 y no adherentes cuando el grado es inferior a 5.

1. El paciente acude por medicación de acuerdo a las citas programadas o de manera justificada*
2. El paciente conoce cómo tomar sus medicamentos*
3. El paciente conoce el nombre (marca comercial o principio activo) de los medicamentos que toma
4. El paciente toma sus medicamentos de forma adecuada respecto a los hábitos, alimentación.
5. Evolución clínica adecuada y valoración subjetiva buena

6. La cantidad de medicamento que el paciente conserva en su domicilio no supera la cantidad



BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la salud. VIH/SIDA. Situación 2013. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/es/>

2. Kideland JM: manifestaciones clínicas. Cuadro mononucleósido asociado a la primoinfección. Clasificación de la infección VIH 2009.
3. Spicer JW. Et al. Microbiología clínica y enfermedades infecciosas, texto y atlas en color. 2da edición. Barcelona. Elsevier 2009.
4. OMS. VIHA-SIDA. Nota descriptiva 360. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/es/>
5. Llibre JM, et al. Role of fixed-dose combinations of antiretrovirals in HIV-1 therapy. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2010 Nov;28(9):615-620.
6. Knobel H. Calidad de vida en el paciente VIH. 2009.
7. García-Jiménez E. Incumplimiento como causa de problema relacionado con medicamentos en el seguimiento farmacoterapéutico. Tesis Doctoral. Granada 2003.
8. Barris Blundel D. El incumplimiento terapéutico en la entrevista farmacéutica con el paciente. *Pharm Care Esp* 2001; 3(Extr): 9-15.
9. Codina C, Et al. Grupo VIH de la SEFH. Evaluación de un Programa de Atención Farmacéutica dirigido a mejorar la Adherencia al Tratamiento Antirretroviral Farm Hosp (Madrid) 2004; 28(Supl 1):19-26
10. Panel de expertos de Secretaría del Plan Nacional sobre Sida (SPNS), Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH), Grupo de Estudio del Sida (GESIDA). Mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral. Recomendaciones de SPNS/SEFH/GESIDA. *Farmacia Hospitalaria* 2008;52(6):349-357.
11. Viejo JL, Martín P, Romero S, Rodríguez JR, Sobradillo V, Valencia A. Estudio de cumplimiento del tratamiento por vía inhalatoria en pacientes

- con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Arch Bronconeumol 2000; 36: 319-325.
12. Sabater D, Fernandez-Llimos F, Parras M, Faus MJ. Tipos de intervenciones farmacéuticas en seguimiento farmacoterapéutico. Seguíim Farmacoter. 2005; 3(2): 90-97.
 13. Codina C, Et al. Grupo VIH de la SEFH. Evaluación de un Programa de Atención Farmacéutica dirigido a mejorar la Adherencia al Tratamiento Antirretroviral Farm Hosp (Madrid) 2004; 28(Supl 1):19-26
 14. Rodríguez Chamorro MA, Et al. Investigación de proceso y de resultados en salud (IPRS), otro peldaño hacia la excelencia profesional del farmacéutico comunitario. Pharmaceutical Care España 2006; 8(1): 23-27.
 15. Fernández-Llimós F, Et al. Evolución del concepto de problemas relacionados con medicamentos: resultados como el centro del nuevo paradigma. Seguimiento Farmacoterapéutico 2005; 3(4): 167-188.
 16. Rodríguez Chamorro MA, Rodríguez Chamorro A, García-Jiménez E. Incumplimiento terapéutico en pacientes en Seguimiento Farmacoterapéutico mediante el método Dáder en dos farmacias rurales. Pharmaceutical Care España 2006; 8(2):62-68.
 17. García-Jiménez E. Incumplimiento como causa de problema relacionado con medicamentos en el seguimiento farmacoterapéutico. Tesis Doctoral. Granada 2003.
 18. Barris Blundel D. El incumplimiento terapéutico en la entrevista farmacéutica con el paciente. Pharm Care Esp 2001; 3(Extr): 9-15.

19. Alvis O. Factores asociados a la no adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en adultos infectados con el VIH-sida. Anales de la facultad de Med. UNMSM2009; 70 (4) 266-72.
20. Bazan S. Chaname L. Maguiña C. Adherencia al TARGA en VIH/SIDA. Un problema de salud pública. Acta médica peruana. 30(2)2013

