



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
COORDINACIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**ADHERENCIA TERAPÉUTICA Y CALIDAD DE VIDA EN LOS PACIENTES
CON VIH/SIDA QUE ACUDEN A LA CLÍNICA DE RETROVIRUS DEL
HGR/MF NO. 1 CUERNAVACA, MORELOS**

T E S I S

PARA OBTENER LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

HUERTA MARTÍNEZ SANDRA

Director De Tesis:
Dr. Eduardo Pérez Martínez

Asesor Metodológico:
Dr. Cidronio Albavera Hernández

Cuernavaca, Morelos. Julio 2015





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**“ADHERENCIA TERAPÉUTICA Y CALIDAD DE VIDA EN LOS
PACIENTES CON VIH/SIDA QUE ACUDEN A LA CLÍNICA DE
RETROVIRUS DEL HGR/MF NO. 1 CUERNAVACA, MORELOS”**

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

HUERTA MARTINEZ SANDRA

RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR DEL HGR No.1

A U T O R I Z A C I O N E S :

DRA. ANITA ROMERO RAMÍREZ

JEFE DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL

DRA. LAURA ÁVILA JIMÉNEZ

COORD. AUXILIAR DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

DRA. MARIA CRISTINA VAZQUEZ BELLO

COORD. AUXILIAR DE EDUCACIÓN EN SALUD



DRA. AMELIA MARISSA LEIVA DORANTES
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN
E INVESTIGACIÓN EN SALUD

DRA. MONICA VIVIANA MARTINEZ MARTINEZ
PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD
DE MEDICINA FAMILIAR

ASESORES DE TESIS:

DR. CIDRONIO ALBAVERA HERNANDEZ
MÉDICO FAMILIAR, DOCTOR EN CIENCIAS DE LA SALUD,
ADSCRITO AL HGR No.1, IMSS

DR. EDUARDO PEREZ MARTÍNEZ
MÉDICO INFECTÓLOGO,
ADSCRITO AL HGR No.1, IMSS



**“ADHERENCIA TERAPÉUTICA Y CALIDAD DE VIDA EN LOS
PACIENTES CON VIH/SIDA QUE ACUDEN A LA CLÍNICA DE
RETROVIRUS DEL HGR/MF NO. 1 CUERNAVACA, MORELOS”**

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

HUERTA MARTINEZ SANDRA

RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR DEL HGR No.1

A U T O R I Z A C I O N E S:

DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



**“ADHERENCIA TERAPÉUTICA Y CALIDAD DE VIDA EN LOS
PACIENTES CON VIH/SIDA QUE ACUDEN A LA CLÍNICA DE
RETROVIRUS DEL HGR/MF NO. 1 CUERNAVACA, MORELOS”**

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

HUERTA MARTINEZ SANDRA

RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR DEL HGR No.1

PRESIDENTE DEL JURADO

DR. CAIRO DAVID TOLEDANO JAIMES.
DR. EN FARMACIA PROF. DE LA FACULTAD
DE FARMACIA DE LA UAEM

SECRETARIA DEL JURADO

MTRA. KATIA GALLEGOS CARRILLO
MAESTRA EN CIENCIAS

VOCAL DEL JURADO
DR. EDUARDO PEREZ MARTINEZ
MEDICO INFECTOLOGO ADSCRITO AL HGR NO.1



A mis padres y hermanas

Sabiendo que jamás existirá una forma de agradecerles una vida de lucha, sacrificio y esfuerzo constante; quiero agradecer el cariño, comprensión y apoyo brindado en los momentos buenos y malos de mi vida. Solo deseo que comprendan que éste logro es suyo, hago este triunfo compartido. Mis ideales y esfuerzos son inspirados en cada uno de ustedes.

Con amor y agradecimiento.



ÍNDICE

Resumen

I. Introducción

- I.1 VIH/SIDA
 - I.1.1 Antecedentes
 - I.1.2. Epidemiología mundial y regional
 - I.1.3 Epidemiología Nacional
 - I.1.4 Patogenia
 - I.1.5 Manifestaciones clínica
 - I.1.6 Diagnostico
 - I.1.7 Tratamiento
- I.2 Adherencia terapéutica
 - I.2.2 Evaluación de la adherencia terapéutica
- I.3 Calidad de vida
 - I.3.1 Evaluación de la calidad de vida
- I.4 Adherencia terapéutica y calidad de vida

II. Justificación

III. Planteamiento del problema

IV. Hipótesis

V. Objetivos

- V.1. General
- V.2. Específicos

VI. Metodología

- VI.1. Universo de trabajo
 - VI.1.1. Tamaño muestra
- VI.2. Diseño
 - VI.2.1. Causalidad
 - VI.2.2. Número de mediciones
 - VI.1.2.3 temporalidad
 - VI.1.2.4 Unidad de análisis
- VI.3 criterios de selección
 - VI.3.1 Criterios de inclusión
 - VI.3.2. Criterios de no inclusión
- VI.4 Variables
- VI.5 Descripción general del estudio
- VI.6. Recolección información
 - VI.6.1 Caracterización población
 - VI.6.2 Evaluación de la adherencia terapéutica
 - VI. 6.3 Evaluación de la calidad vida
 - VI.6.4 Análisis Estadístico

VII. Aspectos éticos

VIII. Recursos

- VIII.1 Humanos
- VIII.2 Insumos

IX. Resultados

X. Discusión

XI. Conclusiones

XII. Bibliografía

Anexos



Resumen

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida es la principal causa infecciosa de muerte en adultos en el mundo. Si no se trata, la enfermedad causada por el virus de la inmunodeficiencia humana tiene una tasa de letalidad cercana al 100%. El SIDA ha desgarrado a numerosas familias y ha causado un sufrimiento incalculable en las regiones más castigadas por el virus, es una seria emergencia sanitaria mundial. El acceso a un tratamiento con los últimos avances médicos eficaz ha beneficiado a las personas que viven con el VIH pudiendo esperar llevar una vida normal en muchos aspectos, el tratamiento con agentes antirretrovirales hace del SIDA una enfermedad crónica y tratable. Las muertes asociadas al SIDA han disminuido significativamente en los últimos años, en gran medida debido al incremento en el acceso al tratamiento antirretroviral altamente activo (TAAR). Para el 2011 se estima que fallecieron cerca de 1.7 millones de personas debido a causas relacionadas al SIDA, lo que representa una importante reducción al comparar con los 2.3 millones que se estimaron en 2005 (ONUSIDA, 2012). En Latinoamérica, el sostenido y amplio acceso al TAAR ha representado un factor fundamental para reducir las muertes asociadas por el SIDA de 63,000 en el 2001 a 57,000 en el 2011.

Objetivos. Identificar la adherencia terapéutica y su relación con la calidad de vida de los pacientes con VIH en tratamiento con antirretrovirales que acuden a consulta externa en la clínica de retrovirus del HGR/MF no.1 de Cuernavaca Morelos

Metodología. Diseño de estudio transversal analítico, en 250 pacientes VIH seropositivos en tratamiento con antirretrovirales. Empleamos el cuestionario SMAQ para adherencia terapéutica, el cuestionario MOS-HIV para la estimación de la calidad de vida y se recogieron datos sociodemográficos a la población con VIH que acude a la clínica de retrovirus del HGR no.1 de Cuernavaca Morelos.

Resultados. Participaron 196 hombres y 54 mujeres con edad promedio 43.3 años (DE=12.65). Se encontraron 137 (54.8%) pacientes adherentes al tratamiento con TAAR y 113 no adherentes (45.2%). Dentro del grupo de mujeres 31 (57.4%) fueron adherentes y 23 (42.6%) no adherentes; mientras que en los varones 106 (54%) fueron adherentes y 90 (46%) no adherentes. Se realizó un modelo de regresión logística cada una de las 11 para dimensiones de calidad de vida en relación a la adherencia terapéutica sin encontrar significancia estadística; salvo la dimensión de salud transitoria ($p=0.05$).

Conclusiones. El VIH/SIDA es una enfermedad que predomina en el sexo masculino, en una relación de tres a uno con respecto al sexo femenino. El VIH/SIDA se encuentra especialmente en quienes tienen preferencia sexual de tipo homosexual, quienes constituyen una de las poblaciones de mayor riesgo. La vía de transmisión más frecuente es de tipo sexual. Tienen mejor adherencia al tratamiento pacientes heterosexuales y menor adherencia en pacientes homosexuales. El 54.8% de la población estudiada en la Clínica de Retrovirus del HGR No.1 reportó ser adherente al tratamiento con antirretrovirales. No encontramos asociación entre adherencia al tratamiento y calidad de vida.

ADHERENCIA TERAPÉUTICA Y CALIDAD DE VIDA EN LOS PACIENTES CON VIH QUE ACUDEN A LA CLÍNICA DE RETROVIRUS DEL HGR/MF NO. 1 CUERNAVACA, MORELOS

I. Introducción

I.1 VIH/SIDA

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) es la principal causa infecciosa de muerte en adultos en el mundo. Si no se trata, la enfermedad causada por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) tiene una tasa de letalidad cercana al 100%. El SIDA ha desgarrado a numerosas familias y ha causado un sufrimiento incalculable en las regiones más castigadas por el virus, es una seria emergencia sanitaria mundial. El acceso a un tratamiento eficaz, ha beneficiado a las personas que viven con el VIH, pudiendo esperar llevar una vida normal en muchos aspectos, la poliquimioterapia con agentes antirretrovirales hace del SIDA una enfermedad crónica y tratable.⁴⁰

La infección por VIH tipo 1 o tipo 2, se caracteriza por el deterioro progresivo del sistema inmune y clínicamente por una infección asintomática o poco sintomática durante un período variable de hasta alrededor de 8 años (actualmente se considera de 10 años), debido al equilibrio entre la replicación viral y la respuesta inmunológica del paciente. Posteriormente se rompe este equilibrio aumentando la carga viral y se deteriora la función inmune, lo que permite la aparición de diversas infecciones, clásicas y oportunistas, y tumores con lo que se llega a la etapa de SIDA.⁴¹

I.1.1. Antecedentes

En 1981, varios grupos clínicos enfrentaron una nueva enfermedad de causa desconocida que destruía el sistema inmunológico de las personas y resultaba, inevitablemente, en la muerte por enfermedades oportunistas. Le llamaron

Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Lo único que podían ofrecer a los casos de SIDA eran cuidados paliativos de enfermos en estado terminal. La supervivencia era de semanas o meses a partir del diagnóstico.

En 1983 se descubriría que un retrovirus ocasionaba una infección crónica que después de un largo período de latencia termina por evidenciar un grave deterioro inmunológico gestado a través de largos años. En Estados Unidos de América la situación era materia de intenso estudio ante el creciente número de casos con características similares reportados semana a semana al Centro de Control de Enfermedades. Desde un principio, el asunto llamó la atención de todos por afectar a hombres homosexuales, un grupo social históricamente marginado, y desde las más tempranas épocas de la epidemia algunos grupos religiosos lo calificaron de castigo divino.

Mientras tanto, en el medio médico mexicano se analizaban los inusuales reportes clínicos en hombres jóvenes que buscaban atención en fases muy tardías del padecimiento. La presentación más frecuente era la de un hombre joven con pérdida de peso importante, diarrea crónica, lesiones violáceas en la piel, candidiasis bucal y neumonía con insuficiencia respiratoria. Desde luego la variabilidad clínica era amplia, y así cursaban también con fiebre elevada, lesiones herpéticas múltiples, esofagitis, deterioro neurológico, linfadenopatía generalizada, tuberculosis miliar, crisis convulsivas. Entonces se desconocía el agente causal, pero no había duda que se trataba de un agente infeccioso, con un patrón de transmisión similar al del virus de la Hepatitis B.

Por ello se postuló que el causante podría ser el Citomegalovirus, o la coinfección de diversos agentes. El caso es que la conjunción de una enfermedad debilitante que se complicaba con infecciones oportunistas graves y que culminaba en la muerte en todos los casos, con la incertidumbre de las vías de transmisión pero claramente contagiosa, produjo un grave impacto en el medio de la atención a la salud. Había médicos que se negaban a atender a los enfermos, el personal de

hospitales amenazaba con parar los servicios, los enfermos no eran admitidos en los departamentos de urgencias, y se complicaba incluso su transporte en ambulancia o en camilla. Los enfermos no solo sufrían un padecimiento grave e incapacitante, sino que además, diversos grupos sociales los acosaban y les negaban los más elementales cuidados.

En 1984, se planteó por primera vez el desarrollo de fármacos con acción directa contra el VIH, en julio de 1985 se enroló el primer paciente a la fase del ensayo clínico. En 1987 el fármaco fue aprobado por la FDA. Después se aprobaron otros nucleósidos inhibidores de transcriptasa reversa en los pocos años siguientes así como los inhibidores de la proteasa en 1995. Hoy el tratamiento tiene resultados espectaculares y la enfermedad se controla por décadas.⁴⁸

I.1.2.Epidemiología mundial y regional

De acuerdo con el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA 2014) a nivel mundial, se estima que en 2012 las personas que vivían con el VIH eran 35,3 (32,2- 38,8) millones, lo que representa un aumento en comparación con años anteriores. Se notificaron 2,3 (1,9-2,7) millones de nuevas infecciones por el VIH a nivel mundial, lo que representa una disminución de 33% en comparación con 3,4 (3,1-3,7) millones en 2001. Al mismo tiempo, el número de muertes por sida también disminuyó de 2,3 (2,1- 2,6) millones en 2005 a 1,6 (1,4 – 1,9) millones en 2012.

El análisis por región muestra la mayor concentración de los casos de sida en los países de ingreso bajo, el 68% de las personas que vivían con VIH en el 2010 estaban en el África Subsaharina, siendo la región más afectada por la epidemia; es decir 22,9 (2,6 -24,1) millones de personas. Por otra parte, América Latina, Europa oriental y Asia central se encuentran en tercer lugar con alrededor de 1,5 millones de personas.

El ONUSIDA reportó que durante 2012 en América Latina se habrían dado 86 mil nuevas infecciones (9% menos que en 2011). Por el contrario las muertes relacionadas con el sida se redujeron un 30% en el mundo desde los índices máximos registrados en 2005, siendo que en 2012, 1.6 millones (1,4- 1,9 millones) de personas fallecieron por el sida, se las cuales 52 mil (35 mil – 75 mil) corresponden a nuestra región. Lo anterior, recordando que desde los comienzos de la epidemia, alrededor de 36 millones han fallecido a causa de enfermedades relacionadas con el SIDA.

La región de América Latina se caracteriza por tener una epidemia relativamente estable. Hacia finales del 2010, el estimado de personas viviendo con el VIH en nuestra región ascendió a 1,5 millones (1,2- 1,7 millones). Este ligero incremento se atribuye parcialmente al aumento al tratamiento antirretroviral; que implica esfuerzos de detección cada vez más temprana, lo que ha ayudado a reducir el número de muertes anuales relacionadas con el SIDA.

En Latinoamérica y Caribe la epidemia sigue principalmente concentrada con el grupo de los hombres que tiene sexo con hombres, y en otros grupos como mujeres trans, hombres trabajadores sexuales, personas que usan drogas inyectadas en algunos países; y en mayor medida en mujeres trabajadoras sexuales. Durante los últimos diez años la prevalencia de infección por VIH en la región se ha mantenido estable (cerca de 0.4%) donde el 65% de las personas con VIH son hombres.⁵⁰

I.1.3 Epidemiología Nacional

Según estimaciones conjuntas realizadas por el Programa Conjunto de Naciones Unidas para la Prevención y Control del VIH y el SIDA (CENSIDA 2014) y el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA 2014) a finales del 2013 existían 180 mil personas viviendo con VIH y sida (rango: 140,000-230,000). La prevalencia de VIH en la población de 15 y más años fue del

0.2 por ciento, lo que significa que dos de cada mil personas de esas edades estaba viviendo con el VIH. Se considera una prevalencia baja y su tendencia se ha estabilizado en los últimos diez años.

El número anual de nuevas infecciones por VIH alcanzó su valor máximo en el año 2005, con una estimación promedio de 15 mil nuevas infecciones, y ha venido disminuyendo para llegar a 9 mil 300 en el 2013 (rango: 6,000-15,000).

Del total de personas infectadas por el VIH, se ha estimado que el 50% no lo saben. En el año 2003, se logró que las personas sin seguridad social tuvieran acceso universal y gratuito a la terapia antirretroviral contra el VIH y el sida. A finales del 2013, 89 mil 410 personas estaban recibiendo antirretrovirales en todas las instituciones de salud públicas y privadas. En ese año, la Secretaría de Salud atendió a 57,073 personas con un costo promedio anual de \$44,997 pesos por tratamiento. Por ello es indispensable la detección oportuna, vincular a las personas detectadas con VIH a los servicios de atención, así como mejorar la retención y adherencia terapéutica.⁴⁹

En 1983 se reportó el primer caso de sida en México. Desde esa fecha, y hasta el 30 de septiembre del 2014, existe un registro acumulado de 223 mil 995 personas que se han infectado por el VIH o desarrollado el SIDA. Sin embargo, sólo 116 mil 936 personas se encontraban vivas, 94 mil 812 ya fallecieron y 12 mil 247 se desconoce su status actual. El 80.2 % de los casos corresponden a hombres y el 19.8 % a mujeres, lo que significa una proporción de 4:1. Por edades, el 2.1% ocurrieron en menores de 15 años de edad; el 33.5 % en jóvenes de 15-29 años; el 63.8 % en adultos de 30 años y más; y en el 0.6 % se desconoce la edad.

El 95.1% de los casos de VIH son resultado de relaciones sexuales no protegidas; el 2.9 % se produjeron por vía sanguínea y el 2% por transmisión perinatal. La tasa de incidencia nacional en el período 1983-2014 fue de 186.7 casos por cada 100 mil habitantes. Las cinco entidades con las tasas más elevadas fueron:

Distrito Federal (414.7), Yucatán (294.5), Veracruz (280.1), Baja California (272.2) y Campeche (271.7). Las cinco entidades con menores tasas fueron: Zacatecas (77.1), Guanajuato (79.9), Coahuila (84.2), Hidalgo (86.6) y Durango (95.4).⁴⁹

I.1.4 Patogenia

El VIH es un virus RNA, de la familia de los retrovirus por transcribirse el RNA a DNA, y de la subfamilia de los lentivirus que se caracterizan por producir enfermedades lentamente progresivas y fatales. La estructura viral se caracteriza por presentar: dos cadenas idénticas de RNA, con una enzima transcriptasa reversa y una integrasa; el *core* de proteínas virales que envuelve al RNA (p24 de la cápside y p17 de la matriz); y rodean al *core* las proteínas *env*, una doble cadena fosfolipídica derivada de la membrana celular del huésped y que incluye las glicoproteínas *gp41*, *gp120* y *gp160*, esta última fundamental para el reconocimiento de las células blancas. Se han identificado dos formas de virus de inmunodeficiencia: el VIH-1 que es el más común, y el VIH-2, que causa una enfermedad menos agresiva.^{43, 51}

Ciclo Viral. El momento crítico en la infección por VIH es la unión de la proteína *env gp120* a la molécula CD4 de la membrana celular de las células huésped. Estas moléculas se encuentran en gran cantidad en los linfocitos T CD4 y en menos cantidad en los monocitos/macrófagos. Una vez producida la unión gp120-CD4 se produce la internalización del virus en la célula huésped en un proceso que participa la gp41. Posteriormente se rompe el *core* liberando el RNA al citoplasma de la célula huésped. A continuación la transcriptasa reversa viral transcribe el RNA en una doble hélix de DNA el que, por la acción de la integrasa viral, lo integra al DNA celular del huésped (provirus), el que permanecerá para siempre en esa célula. En este punto el virus puede entrar en una fase de bajo nivel de replicación; con el curso de la enfermedad, puede alcanzar un mayor nivel de replicación y, como consecuencia, la diseminación de la infección. Los factores

que determinan la activación son muchos, y los conocidos son algunos antígenos, virus como el Epstein Barr, citomegalovirus, drogas y citocinas.^{43, 51}

El VIH es adquirido a través de la exposición de la sangre del huésped o de sus membranas mucosas con sangre o secreciones infectadas. Los modos de infección son tres: relación sexual, directa exposición de la sangre del huésped (drogas intravenosas y transfusión de sangre o derivados contaminados) y transmisión vertical o perinatal, la que, a su vez, puede realizarse durante el embarazo, trabajo de parto y lactancia.

Una vez ingresado el VIH su tropismo se expresa con las células que tienen la molécula CD4 en su membrana celular, o sea linfocitos T y, en menor grado, monocitos/macrófagos. El poder citopático se manifiesta en deterioro funcional del linfocito infectado e incluso en los no-infectados (producción de antígenos específicos, memoria inmunológica, etc.). En su máxima expresión, destruye a la célula huésped y de esta manera, en un período variable (meses, años), depleta de linfocitos CD4 al sistema linfático. Como las células T coordinan la respuesta inmune de otras células (otros linfocitos T, linfocitos B, NK, etc.), la consecuencia es una inmunodeficiencia progresiva y profunda. El descenso de los CD4 a niveles inferiores a $200/\text{mm}^3$ virtualmente paraliza el sistema inmune, dejando al huésped a merced de infecciones por patógenos comunes y oportunistas, y favoreciendo la aparición de neoplasias.

El VIH ha sido detectado además en una amplia variedad de células que expresan la molécula CD4: megacariocitos, células sanguíneas periféricas dendríticas, células foliculares dendríticas, células epidérmicas de Langerhans, astrocitos, oligodendroglia, microglia, linfocitos CD8, células cervicales, células de la mucosa rectal, células del trofoblasto, células renales, miocitos cardíacos y células retinales.^{43,51}

I.1.5 Clínica

Después de la exposición al virus, 50 a 80% de los pacientes presenta el Síndrome Retroviral Agudo (SRA) que es el equivalente a la "infección primaria" de otras ETS. El SRA se produce entre 1 a 6 semanas post entrada del VIH. Este síndrome, similar a la mononucleosis, se caracteriza por cefalea, fiebre, adenopatías generalizadas persistentes, faringitis, rash cutáneo, mialgias, artralgias, trombocitopenia, leucopenia y diarrea. Las adenopatías son simétricas, móviles, de entre 0,5 a 2 cm de diámetro, y de localización cervical posterior y lateral, y submandibular y axilar.

El laboratorio indica reducción de los linfocitos con conservación de la relación CD4/CD8, para posteriormente ascender en base a los CD8 invirtiendo la relación CD4/CD8. El antígeno p24 del *core* viral (antigenemia) se detecta coincidiendo con la aparición de los síntomas hasta la seroconversión (anti *core* p24), que ocurre entre 2 a 12 semanas post entrada del VIH. A continuación la infección tiene un período de latencia clínica que dura en promedio 8-10 años (rango 1 - 15 años), y que concluye con las enfermedades oportunistas propias del SIDA.⁴³

1.1.6. Diagnóstico

Incluye el cuadro clínico, cuando se asiste a un (SRA) o enfermedades oportunistas. Dentro de los estudios de gabinete se encuentran los métodos serológicos como la detección de anticuerpos anti-VIH (Enzyme linked immunosorbent assays: ELISA) fundamental para la pesquisa, detecta anticuerpos contra todas las proteínas virales, en especial p24, gp41, gp120 y gp160, el examen tiene una sensibilidad y especificidad de 99,9%. Y el Western Blot, en el que se separan las proteínas del VIH y se analizan con anticuerpos específicos para cada fracción proteica; es la prueba confirmatoria, luego del ELISA. Un resultado es positivo sólo si el ELISA para VIH es confirmado por un test de Western Blot.

Los métodos virales directos incluyen: la cuantificación viral, detección de antígenos virales como el p24, PCR del material genético del VIH, y cultivo viral. El primer examen que se hace positivo después del contagio es la cuantificación viral, luego antígenos virales específicamente p24 y, finalmente, en un período entre 4 a 12 semanas post infección, aparecen los anticuerpos específicos. Mide la cantidad de partículas virales circulantes, es muy útil para evaluar estado clínico de la enfermedad y eficacia de tratamiento antiviral.

Clasificación. La más utilizada en este momento es la del CDC, que combina la categoría clínica con la prueba de laboratorio más relevante: CD4.⁴³

Categoría clínica de Infección por VIH			
Células CD4:	A	B	C
(1) > 500/mm ³	A1	B1	C1
(2) 200-499/mm ³	A2	B2	C2
(3) <200/mm ³	A3	B3	C3

Fuente: Guía de Práctica Clínica 2008

CATEGORÍAS CLÍNICAS DE INFECCIÓN POR VIH		
Categoría clínica A	Categoría clínica B	Categoría clínica C
Infección asintomática por el VIH	Sintomático no A no C. Ejemplos: Angiomatosis bacilar.	Candidiasis esofágica, traqueal o bronquial.
Adenomegalia generalizada persistente (AGP).	Candidiasis vaginal que persiste durante más de un mes y no responde al tratamiento.	Coccidioidomicosis extrapulmonar.
Enfermedad aguda (primaria) por VIH.	Candidiasis orofaríngea.	Criptococosis extrapulmonar.
Ganglios linfáticos en dos o más sitios anatómicos extra-inguinales, de al menos 1 cm de diámetro durante más de tres meses.	Displasia cervicouterina grave o carcinoma localizado.	Cáncer cervicouterino invasivo. Criptosporidiosis intestinal crónica (más de un mes).
	Síndrome constitucional, fiebre de 38.4° o más, o diarrea de más de un mes de evolución.	Retinitis por Citomegalovirus (CMV) o CMV en hígado, bazo o ganglios linfáticos.
		Encefalopatía por VIH. VSH con úlcera mucocutánea más de un mes, bronquitis, neumonía.
		Histoplasmosis: diseminada, extrapulmonar. Isosporidiosis crónica más de un mes.
		Sarcoma de Kaposi.
		Linfoma de Burkitt, inmunoblástico, cerebral primario.

		<p><i>M. avium</i> o <i>M. kansasii</i>, extrapulmonar. <i>M tuberculosis</i> pulmonar y extrapulmonar.</p> <p>Neumonía por <i>Pneumocistis jirovecii</i>.</p> <p>Neumonía recurrente (más de dos episodios en un año).</p> <p>Leucoencefalopatía multifocal progresiva.</p> <p>Bacteremia recurrente por <i>Salmonella</i></p>
<p>Fuente: Guía de Práctica Clínica 2008</p>		

I.1.7 Tratamiento

El tratamiento antirretroviral está recomendado para todas las personas que viven con VIH, independientemente de la cuenta de células CD4 y de la presencia o no de síntomas, con el objetivo de reducir el riesgo de progresión de la enfermedad y prevenir la transmisión del VIH.

EVIDENCIA PARA EL INICIO DEL TAAR	
Cuenta de células CD4	Grado de recomendación y nivel de evidencia
Menor a 350 células/mm3	A-I
Entre 350 a 500 células/mm3	B-II
Mayor a 500 células/mm3	B-III
<p>Fuente: CENSIDA/Secretaria de Salud 2014</p>	

En cualquier etapa de la infección, el VIH activo puede dañar al organismo, es benéfica aun iniciada en etapas avanzadas, sin embargo, la terapia tardía puede no reparar el daño producido por la replicación viral persistente que ocurrió durante las fases tempranas de la infección. La terapia que se inicia de manera temprana puede evitar este daño en las fases iniciales de la infección, y es posible que al mantener la supresión viral y una cuenta alta de células CD4, mediante la terapia antirretroviral altamente efectiva, se logre prevenir, retrasar o revertir algunas de las enfermedades no definitorias del sida.

Quienes al momento del diagnóstico tienen una cuenta alta de células CD4, presentan una baja probabilidad de muerte en el corto plazo. El sustento para recomendar el inicio de la terapia antirretroviral en esta circunstancia es la evidencia (cada vez mayor) de que la infección crónica no tratada (o la viremia persistente no controlada), así como la consecuente activación inmune persistente (estado de inflamación crónica) se asocian con las enfermedades no definatorias de sida. Aunado a esto, las combinaciones de antirretrovirales son cada vez más cómodas en su toma y mejor toleradas que los esquemas del pasado.

La carga viral plasmática alta es el principal factor de riesgo para la transmisión del VIH y el uso de terapia altamente efectiva logra reducir de forma importante la viremia y la transmisión del virus a la pareja o parejas sexuales.

Un hecho inquietante es el abandono de la cadena de cuidados médicos por parte de personas que acuden a sus primeras citas con cuentas de CD4 elevadas, regresando cuando existen manifestaciones clínicas de sida o cuando las cuentas de células CD4 son muy bajas. Existe la posibilidad de que en las personas que viven con VIH, la terapia antirretroviral sea una motivación para permanecer regularmente bajo atención médica.⁵²

A partir de 1996 en EU y de 1997 en México, se utiliza tratamiento antirretroviral altamente activo (TAAR), estrategia que ha logrado disminuir notablemente la morbilidad y mortalidad en pacientes con infección por el VIH.

Existen varios grupos básicos de medicamentos antirretrovirales, de acuerdo con su sitio de acción:

A. Inhibidores de la enzima transcriptasa reversa.

1. Nucleósidos análogos: interfieren con el ciclo de vida del VIH e imposibilitan su replicación, ya que se incorporan dentro del ADN del virus y bloquean la enzima retrotranscriptasa o transcriptasa inversa, con lo cual logran detener su proceso de

formación. El ADN resultante es incompleto y no puede generar nuevos virus. El medicamento utilizado es el tenofovir (Viread), el cual se presenta en tabletas de 300 mg y se administra una diaria. Entre los efectos secundarios que ocasiona figuran: insuficiencia renal, síndrome de Fanconi y osteomalacia.

Nucleósidos análogos			
Medicamentos	Presentación	Dosis	Efectos secundarios
Zidovudina (AZT) Retrovir	Cápsulas de 100 y 300 mg, ámpulas de 10 mg/mL y jarabe de 50 mg por 5mL	1 cápsula 300 mg/cada 12 horas	Supresión de la médula ósea con anemia y neutropenia, intolerancia gastrointestinal, cefalea y miopatía
Didanosina (DDI) Videx	Tabletas masticables de 125, 200, 250 y 400 mg	200 mg 2 veces al día, media hora antes de comida o 2 horas después de esta	Pancreatitis, neuropatía periférica, náuseas y diarreas
Zalcitabina (DDC)	Tabletas (0,375 y 0,750 mg)	1 tableta cada 8 horas	Neuropatía periférica y estomatitis
Stavudine (D ₄ T) Zerit	Cápsulas 15, 20, 30 y 40mg	Más de 60 kg (40 mg 2 v/día) y menos de 60 kg (30 mg, 2 veces al día)	Neuropatía periférica, lipoatrofia, pancreatitis y acidosis láctica
Lamivudine (3TC) Epivir	Tabletas 150 mg y jarabe (10 mg/mL)	150 mg 2 v/día o 300 mg/día y jarabe 2 mg/kg 2 v/día	Tiene escasos efectos secundarios
Abacavir (ABC) Ziagen	Tabletas 300 mg Solución oral 10 mg/mL	300 mg 2 v/día o 600 mg 1 vez/día juntas	Fiebre, exantema cutáneo, náuseas, vómitos, acidosis láctica, esteatosis hepática
Emtricitabina (EMTRIVA), también se conoce como Truvada (combina Enofovir más Emtricitabina)	Cápsulas de 200 mg	200 mg/día	Mínima toxicidad e hiperpigmentación cutánea

MEDISAN 2014⁵³

2. Nucleósidos no análogos: Interfieren con el ciclo de vida del VIH e imposibilitan su replicación, ya que bloquean la enzima retrotranscriptasa o transcriptasa inversa en la célula infectada y detienen la replicación del VIH en el material genético de la célula

Nucleósidos no análogos			
Medicamentos	Presentación	Dosis	Efectos secundarios
Nevirapine (Viramune)	Tabletas de 200 mg Jarabe 50 mg/5mL	1 tab/día x 14 días, luego 1 tableta 2 veces/día	Erupción cutánea, hepatitis, elevación de las transaminasas
Delavirdine (Rescriptor)	Tabletas de 100 y 200 mg	400 mg 3 veces/día	Erupción, cefalea e incremento de las transaminasas
Efavirenz (Sustiva)	Cápsulas de 50, 100 y 200 mg	600 mg/día (una sola dosis al acostarse)	Mareos, insomnio, trastornos de la concentración, erupción y dislipemia
Etravirina (Intelligence)	Tabletas de 100 y 200 mg	200 mg, 2 veces al día (ingerir con alimentos)	Erupción cutánea, reacción de hipersensibilidad, insuficiencia hepática y náuseas
Rilpivirine (Edurant)	Tableta de 25 mg	25 mg/día	Erupción cutánea, depresión e insomnio

MEDISAN 2014⁵³

B. Inhibidores de las proteasas y mecanismo de acción en general:

Interfieren el ciclo del VIH e impiden su replicación, a la vez que actúan en la última etapa de la replicación del virus, bloquean las enzimas proteasas e impiden a este fraccionarse en pedazos más cortos, ensamblarse y abandonar la célula infectada. Estos son los únicos grupos de medicamentos con los que se puede realizar el efecto de booster o refuerzo. Para ello el ritonavir es el más utilizado para lograr dicho efecto y tiene la ventaja de que cuando se emplea de esta forma, las dosis de las combinaciones son menores y es más potente el efecto terapéutico para lograr una mayor supresión de la replicación viral y las reacciones adversas son menos frecuentes. Todos producen el síndrome de la lipodistrofia, caracterizado por desgaste de las extremidades, pérdida de la grasa de la cara, joroba de búfalo, piel más fina, fatiga, disminución de la libido, hipertensión arterial, hiperglucemia y elevación del colesterol, entre otros. Actualmente, muchos de estos medicamentos que pertenecen al grupo de los inhibidores solo se recomiendan en forma de booster.

Inhibidores de las proteasas			
Medicamentos	Presentación	Dosis	Efectos secundarios
Indanavir (Crixiván)	Cápsulas de 200 y 400 mg	400 mg cada/8 h	Nefrolitiasis, intolerancia gastrointestinal, hiperlipidemia, hiperglucemia, posible incremento del sangrado
Nelfinavir (Viracept)	Tabletas de 250 mg y polvo de 50 mg	750 mg c/8 h o 1250 mg c/12 h	Diarreas, hiperglucemia, hiperlipidemia, lipodistrofia y elevación de la transaminasa sérica
Ritonavir (Norvir)	Cápsulas de 100 mg y jarabe (600 mg/7,5 mL)	100-400 mg 2 v/día (como booster de otro inhibidor de proteasa, no como medicamento aislado)	Intolerancia gastrointestinal, parestesia, hepatitis, astenia y disgeusia
Amprenavir (Agenerase)	Tabletas de 100 y 150 mg y jarabe (15 mg/mL)	1 200 mg, 2 veces/día	Intolerancia gastrointestinal, exantema cutáneo, parestesia oral, aumentan las pruebas de función hepática
Squinavir (Fortovase)	Cápsulas (gel blando) 200 mg	1 200 mg, 3 veces/día	Intolerancia gastrointestinal, dolor abdominal, cefalea e incremento de la transaminasa
Darunavir Prezista	Tableta de 75, 150, 300, 400 y 600 mg	800 mg + Ritonavir 100 mg	Erupción cutánea, hepatotoxicidad, diarrea, náuseas, cefalea, hipercolesterolemia y lipodistrofia
Tipranavir Aptivus	Cápsula de 250 mg y solución oral 100 mg/mL	500 mg + Ritonavir 200 mg 2v/día	Hepatotoxicidad, erupción cutánea, hiperlipidemia, hiperglucemia y lipodistrofia
Atazanavir (Reyataz)	Cápsulas de 100, 150, 200 y 300 mg	400 mg/día o 300 mg + 100 mg de Ritonavir/día	Hiperbilirrubinemia indirecta, hiperglucemia, lipodistrofia, nefrolitiasis e hiperlipidemia
Lopinavir +Ritonavir (Kaletra) (Lopimune)	Tabletas de Lopinavir 200 mg/Ritonavir 50 mg o Lopinavir 100 mg/Ritonavir 25 mg	2 tabletas c/12 h (Lop 200 mg/Rit/50 mg) o 4 tabletas c/12 h (Lop 100 mg/Rit/25mg)	Intolerancia gastrointestinal, pancreatitis, astenia, hiperglucemia, lipodistrofia, prolongación del intervalo PR
Fosamprenavir (Lexiva)	Tabletas 700 mg	2 tabletas c/12 horas o 1 tableta + Ritonavir 100 mg/día	Erupción cutánea, diarrea, náuseas, vómitos, cefalea, hiperlipidemia, lipodistrofia y nefrolitiasis

MEDISAN 2014⁵³

C. Otros grupos de medicamentos antirretrovirales aprobados son los Inhibidores de fusión de la glicoproteína viral con el receptor CD4, inhibidores de correceptores CCR5 e inhibidores de la enzima integrasa.⁵³

Inhibidores de fusión de la glicoproteína viral con el receptor CD4, inhibidores de correceptores CCR5 e inhibidores de la enzima integrasa			
Inhibidores de fusión de la glicoproteína viral con el receptor CD4			
Medicamentos	Presentación	Dosis	Efectos secundarios
Enfuvirtida T-20 Fuzeon	Inyección con polvo liofilizado	90 mg (1 mL) por vía subcutánea 2 veces al día	Reacción local en el sitio de la inyección (dolor, eritema, induración), incrementa el riesgo de neumonía, bacteriana, reacción de hipersensibilidad
Inhibidores de correceptores CCR5			
Medicamentos	Presentación	Dosis	Efectos secundarios
Maraviroc (Selzentry)	Tabletas de 150 y 300 mg	150, 300 o 600 mg 2v/día, según los medicamentos que se les asocien	Dolor abdominal, tos, mareos, elevación de la temperatura, erupción cutánea e infección respiratoria alta
Inhibidores de la enzima integrasa			
Medicamentos	Presentación	Dosis	Efectos secundarios
Raltegravir (Isentress)	Tabletas (400 mg)	400 mg 2 veces al día	Náuseas, cefalea, diarreas, elevación de la temperatura y debilidad muscular

MEDISAN 2014 ⁵³

I. 2. Adherencia terapéutica

En el año 2003 la OMS definió el término adherencia como “el grado en el que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario”.⁴⁶ Haynes y Sackett definieron este concepto como la medida con la que el paciente modifica su conducta hacia la ingesta del medicamento; al poner en marcha tal medida es posible asegurar el cumplimiento en los tratamientos. Esto implica la aceptación de un diagnóstico del que depende el pronóstico, el cual, en ocasiones, puede ser desfavorable.⁴⁶

La no adherencia es la principal causa que evita la obtención de todos los beneficios que los medicamentos pueden proporcionar a los enfermos. A este respecto, la falta de adherencia terapéutica es la herramienta que se utiliza para

considerar la magnitud con la que el paciente sigue o no las instrucciones médicas, lo cual implica la falta de aceptación de un diagnóstico y su incidencia en el pronóstico; cuando el seguimiento de las instrucciones es negativo, el pronóstico empeora y los resultados pueden ser desfavorables.

Haynes (1976) menciona e identifica más de 200 variables relacionadas con la adherencia, en las que se encuentran: factores asociados a índices bajos de medicamentos debido a diagnóstico psiquiátrico, complejidad, duración, cantidad de cambio derivado del régimen o programa terapéutico, inadecuada supervisión por parte de los profesionales, insatisfacción del paciente, creencias e inestabilidad familiar.⁵⁶ Así mismo, Miklowith (1986) señala que el tratamiento farmacológico se evalúa a través de una adecuada historia clínica del paciente, en donde se pueden definir algunos criterios: nunca dejó de tomar la medicación; raramente dejó de tomarla; a veces dejó de tomarla; a menudo dejó de tomarla y, por último, abandonó la medicación.²⁶

Buchanan (1992) clasifica la adherencia como: reducida, al cumplimiento mínimo del 25% del tratamiento, ésta se lleva a cabo por los pacientes; parcial, se define cuando el cumplimiento se lleva a cabo entre el 25 y 75%; elevada, es cuando el cumplimiento se sitúa en un 75% superior. Por su parte, McEvoy (1989) utiliza una clasificación por niveles de importancia, menciona aspectos que tienen que ver con actitudes de los pacientes, éstas pueden ser: activas, cuando llevan un control adecuado en su tratamiento; pasivas, cuando tratan de animar al paciente; de resistencia, cuando el paciente esconde el medicamento, y de rechazo abierto, cuando el paciente rechaza el medicamento, pero se lo aplica involuntariamente.²⁶

La OMS señala que depende de varios factores como son los socioeconómicos, culturales y religiosos, entre otros. Sin embargo, algunos autores como Salicru, en 1997, y Tilson, en 2004, resaltan la importancia de incluir el cumplimiento como parte de la adherencia; ellos hacen una comparación de adherencia y cumplimiento, en donde significa lo mismo desde el punto de vista conceptual.³⁹



La adherencia se relaciona con la manera en la cual los individuos juzgan la necesidad personal de un medicamento en relación con sus temores por los posibles efectos adversos. Horne y colaboradores⁵⁵ propusieron un marco sencillo de necesidad-temores para ayudar a los médicos a recabar y abordar algunas de las creencias claves que influyen en la adherencia de los pacientes a la medicación. Las creencias sobre la necesidad y los temores constituyen una sumatoria evaluativa de lo que para el individuo representa lo fundamental de los posibles inconvenientes y beneficioso los pros y contras del tratamiento.²²

En las afecciones crónicas transmisibles como la infección por el VIH, la buena adherencia al tratamiento se correlacionó con progresión clínica más lenta de la enfermedad así como con marcadores virológicos más bajos. Además de su repercusión positiva sobre el estado de salud de los pacientes con enfermedades crónicas, las tasas de adherencia terapéutica altas brindan beneficios económicos. Los ejemplos de estos mecanismos incluyen ahorros directos generados por el menor uso de los servicios de salud complejos y costosos necesarios en los casos de exacerbación de la enfermedad, la crisis y la recaída. Los ahorros indirectos pueden atribuirse a la mejoría de, o la preservación de, la calidad de vida y de las funciones sociales y vocacionales de los pacientes. Se ha sugerido que la buena adherencia al tratamiento con agentes antirretrovíricos quizá tenga una marcada repercusión sobre la salud pública al romper la transmisión del virus debido a la menor carga vírica hallada en las personas con alta adherencia terapéutica.²²

La aparición de resistencia al tratamiento es otro grave tema de salud pública relacionado con la adherencia terapéutica deficiente, entre otros factores. Además de los años de vida perdidos por la mortalidad prematura y los costos sanitarios atribuibles a la morbilidad prevenible, las consecuencias económicas de la adherencia terapéutica deficiente incluyen estimular la necesidad para la inversión constante en la investigación y desarrollo de nuevos compuestos para luchar contra las nuevas variantes resistentes de los microorganismos causales. En los pacientes con infección por el VIH/SIDA, la resistencia a los agentes

antirretrovíricos se ha vinculado con niveles de adherencia bajos. La adherencia parcial o deficiente a niveles menores de 95% puede conducir al reinicio de la rápida replicación vírica, a menores tasas de supervivencia y a mutación de las cepas de VIH resistentes al tratamiento.⁴⁴

Dado que la mayor parte de la atención necesaria para las enfermedades crónicas se basa en el autocuidado de los pacientes, que por lo general requiere politerapias complejas, empleo de tecnología médica para el monitoreo y cambios en el modo de vida del paciente, estos enfrentan varios riesgos potencialmente mortales si no observan las recomendaciones de salud como fueron prescritas.²²

A continuación, se enumeran algunos de los riesgos que enfrentan quienes no se adhieren a sus tratamientos como corresponde: recaídas más intensas, riesgo aumentado de dependencia, riesgo aumentado de abstinencia y efecto rebote, riesgo aumentado de desarrollar resistencia a los tratamientos, riesgo aumentado de toxicidad, riesgo aumentado de accidentes.²²

En suma, el término de adherencia hace referencia al grado en que el paciente obedece, sigue instrucciones y prescripciones médicas, lo cual depende del estado de salud de cada persona. La adherencia al tratamiento implica también aceptar el diagnóstico correspondiente a la propia enfermedad, ya que esto lleva al enfermo al éxito y a un pronóstico favorable.^{39, 22}

I.2.2 Evaluación de la adherencia terapéutica

Para facilitar la valoración del cumplimiento, se dispone de una serie de métodos apoyados en la entrevista clínica, en los que, de forma directa, se le pregunta al enfermo sobre su cumplimiento. Estos procedimientos son métodos muy fiables si el paciente se confiesa mal cumplidor y, por tanto, poseen un alto valor predictivo positivo. No obstante, al comparar este método con otros más exactos, se observa que hay un número importante de enfermos que mienten cuando dicen que toman toda la medicación (bajo valor predictivo negativo). Es evidente que la

identificación de los pacientes incumplidores resulta fundamental; por ello, los profesionales de la salud deben aplicar estos métodos, incorporándolos a la práctica asistencial diaria. Se realizó una revisión bibliográfica por Miguel Ángel Rodríguez Chamorro y colaboradores⁵⁴ durante el mes de mayo de 2007 en las bases de datos Medline (PubMed) y en las referencias de los artículos considerados relevantes obteniendo estudios publicados sobre la no adherencia a la medicación en artículos en los que la medición se realizó mediante entrevista clínica. Además de búsqueda en distintas fuentes primarias y en tesis doctorales publicadas en ese período. Los test encontrados para su aplicación en la práctica clínica se resumen en la siguiente tabla.⁵⁴

RESUMEN COMPARATIVO DE LOS DISTINTOS MÉTODOS UTILIZADOS EN LA MEDICIÓN DEL CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO		
Test	Ventajas	Desventajas
Haynes-Sackett	Este método validado es uno de los más sencillos para utilizar en atención primaria. Es breve, económico y con escasos requisitos de nivel sociocultural para su comprensión. Si el paciente es incumplidor es un método fiable y presenta alto valor predictivo positivo y una especificidad aceptable	Tiene un bajo valor predictivo negativo. Tiende a sobrestimar el cumplimiento. Posee una baja sensibilidad
Morisky-Green	Es breve y muy fácil de aplicar. Validado y aplicado en numerosas patologías. Puede proporcionar información sobre las causas del incumplimiento. Presenta una alta especificidad, alto valor predictivo positivo y escasos requisitos de nivel sociocultural para su comprensión. Es económico	Subestima al buen cumplidor y sobrestima el no cumplimiento. Baja sensibilidad. Bajo valor predictivo negativo
«Bogus pipeline»	Método muy sencillo, económico, breve, comprensible y fácil de aplicar. Puede usarse para corroborar el incumplimiento	Tiende a sobrestimar el cumplimiento. No validado
Batalla	Breve, comprensible, económico y muy fácil de aplicar. Presenta una buena sensibilidad. Aplicable y validado para diversas enfermedades	Tiende a sobrestimar el cumplimiento. Baja especificidad y exactitud media
Prochaska-Diclemente	Método muy sencillo, económico, breve y fácil de aplicar. Aplicable a enfermedades crónicas	Tiende a sobrestimar el cumplimiento. No validado. Bajo valor predictivo negativo
Hermes	Método muy sencillo, económico, breve y fácil de aplicar. Se puede aplicar a cualquier enfermedad	Tiende a sobrestimar el cumplimiento. Bajo valor predictivo negativo.
Herrera Carranza	Método muy sencillo, económico, breve y fácil de aplicar. Se puede aplicar a cualquier enfermedad	Puede sobrestimar el cumplimiento. No validado. Bajo valor predictivo negativo

SMAQ	Método validado, muy sencillo, breve, económico y fácil de aplicar. Se puede usar como semicuantitativo, asignándose un porcentaje de cumplimiento.	Tiende a sobrestimar el cumplimiento. Bajo valor predictivo Negativo
ESPA	Validado para detectar problemas de cumplimiento con el tratamiento antirretroviral en pacientes positivos para el VIH. Presenta elevadas sensibilidad, especificidad y eficiencia. Podría ser adaptado a otras enfermedades debido a su versatilidad	Requiere conocimientos sobre la reposición de medicación y la evolución clínica, lo cual dificulta su aplicación en farmacia
MARS	Es un test autoaplicado. Utilizado en enfermedades crónicas. Validado	Es excesivamente largo y puede ocurrir que muchos pacientes no devuelvan el test o no lo completen adecuadamente. Requiere un buen nivel sociocultural para su comprensión
BMQ	Test autorreferido. No es muy largo y permite analizar el cumplimiento y sus barreras. Presenta una gran sensibilidad y permite realizar validaciones de otros tests	Presenta un complejo procedimiento de valoración. Requiere un nivel sociocultural medio para su comprensión
DAI-30	Escala autoaplicada con respuesta dicotómica verdadero/falso	Test específico para la esquizofrenia. No cubre el aspecto de las motivaciones de los pacientes para tomar o desechar la medicación. Es excesivamente larga y requiere un buen nivel sociocultural para su comprensión
DAI-10	Escala autoaplicada con respuesta dicotómica verdadero/falso	Test específico para la esquizofrenia. No cubre el aspecto de las motivaciones de los pacientes para tomar o desechar la medicación. Aunque más corta que DAI-30 sigue siendo larga y requiere un buen nivel sociocultural para su comprensión.
ND	Breve, económico y muy fácil de aplicar. Potente predictor del resultado inmediato del tratamiento y de la cumplimentación a largo plazo	Test específico para la esquizofrenia. Complejo método de valoración. No cubre el aspecto de las motivaciones de los pacientes para tomar o desechar la medicación
ROMI	Permite valorar las actitudes de los pacientes ante la toma de la medicación	Test específico para la esquizofrenia. Es una escala excesivamente larga y requiere un buen nivel sociocultural para su comprensión. Existe una versión española de la escala
MUAH-questionnaire	Test autoaplicado específico y validado para la HTA. Presenta excelentes propiedades psicométricas y puede ser útil para identificar factores que impiden o facilitan el cumplimiento	Test específico para la HTA. Es excesivamente largo y requiere un buen nivel sociocultural para su comprensión

Aunque son menos fiables que los métodos directos, son más sencillos y económicos, por lo que resultan extremadamente útiles en atención primaria. Una ventaja adicional de estos métodos indirectos es que sirven para investigar y valorar el cumplimiento en condiciones reales de la práctica clínica, por lo que contribuyen al conocimiento de la efectividad terapéutica. Por ello, los profesionales de la salud deben integrar estos tests en su actividad clínica habitual.⁵³

El instrumento que utilizamos fue el cuestionario SMAQ (Simplified Medication Adherence Questionnaire) (anexo 2) que evalúa la adherencia terapéutica, integra el carácter multidimensional de la adherencia y la medida de las dosis olvidadas. En éste se considera positivo, es decir no adherente, si contesta positivamente a alguna pregunta cualitativa, o si deja de tomar más de dos dosis en la última semana o está más de 2 días sin medicación en los últimos 3 meses.^{31,45} Se utilizó este cuestionario ya que fue desarrollado, como una modificación del cuestionario Morisky-Green, para medir la adherencia a tratamientos antirretrovirales en pacientes con síndrome de inmunodeficiencia adquirida, es un método sencillo, económico y fácil de utilizar. Además SMAQ comparado con Morisky-Green presenta mayor sensibilidad y una menor permitiendo una mejor detección de pacientes no cumplidores para un mejor seguimiento.^{31,53}

También se evaluó la satisfacción con el tratamiento antirretroviral ya que es un factor importante para la adherencia al tratamiento, se utilizó el Cuestionario Español de Satisfacción con el Tratamiento (CESTA) (anexo 3) el cual es un instrumento validado para su aplicación, proporcionando información sobre la importancia que cada paciente asigna a cada uno de los aspectos o cuestiones relacionadas con la satisfacción del tratamiento antirretroviral.¹¹ Además se recolectara información acerca de las variables relacionadas con las características del paciente incluyendo linfocitos CD4 y carga viral plasmática.

I.3. Calidad de vida

El término calidad de vida se empleó inicialmente para reflejar el crecimiento económico, en forma de bienes de consumo, y el desarrollo social, posteriormente, surge la necesidad de ampliar el concepto, valorando la opinión del individuo, y adquiere importancia la calidad de vida percibida, es decir, hasta qué punto la persona está satisfecha o insatisfecha con su vida.

La preocupación de considerar parámetros más amplios que el control de los síntomas, la disminución de la mortalidad o el aumento de la expectativa de vida, llega también al área médica. Así, tras unos años de poco crecimiento, el concepto de calidad de vida surge como una medida importante en la evaluación de la atención sanitaria. Poco a poco el concepto gana respetabilidad como indicador válido, como un tema de preocupación clínica y un foco de investigación muy activo.

La OMS propone en 1997, una definición de calidad de vida global como: “La percepción de un individuo de su posición en la vida, en el contexto cultural y el sistema de valores en que vive, con relación a sus metas, objetivos, expectativas, valores y preocupaciones”.⁷

La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es un subconjunto de la calidad de vida global y el concepto puede definirse como la percepción subjetiva, influenciada por el estado de salud actual de la capacidad para realizar aquellas actividades importantes para el individuo. Básicamente el constructo de CVRS se refiere al impacto de la enfermedad y el tratamiento en el funcionamiento diario, al bienestar físico, emocional y social percibido después del diagnóstico y del tratamiento. En definitiva, el impacto de la salud percibida en la capacidad del individuo para llevar una vida satisfactoria.



Como características tiene: que es subjetiva, es multidimensional (dimensión física, psicológica, social), incluye sentimientos positivos y negativos, es variable en el tiempo, es construida histórica y biográficamente.

Las dimensiones que evalúa la CVRS son: funcionamiento físico, funcionamiento emocional y cognitivo, funcionamiento social, rol funcional, percepción de salud general y de bienestar, proyectos futuros, síntomas (específicos de la enfermedad o del tratamiento).

Al igual que en otras enfermedades crónicas las medidas clínicas tradicionales ofrecen una información limitada. La CVRS mide el impacto global de la enfermedad y/o el tratamiento. Aporta una medida de resultado que incorpora la percepción del paciente.

I.3.1 Evaluación de la calidad de vida

Los estudios en el campo de la infección por el VIH se han centrado tradicionalmente en el estudio de la mortalidad, la incidencia de enfermedades oportunistas y la progresión a SIDA. Sin embargo, en los últimos años ha surgido la necesidad de disponer de valoraciones más completas del estado de salud de los pacientes, aumentando los estudios realizados sobre los aspectos subjetivos de la salud del paciente. En este sentido, uno de los métodos de evaluación más utilizados en relación con la enfermedad VIH/sida es la calidad de vida relacionada con la salud. La importancia del estudio de la CVRS en pacientes con infección por el VIH se sustenta en que estos pacientes viven más, pero no se sabe si viven mejor.

En la literatura especializada se describe cómo la calidad de vida física empeora con la progresión de esta enfermedad por el VIH y con los síntomas. Otros factores claves en la calidad de vida del paciente están relacionados con el tratamiento antirretroviral. Hasta la fecha, el estudio de la calidad de vida en

pacientes con VIH positivos se ha venido realizando con los llamados instrumentos genéricos. En España ha sido validado el cuestionario MOS-HIV (*Medical Outcomes Study HIV Health Survey*), que es un instrumento específico para la infección por el VIH.⁹

La versión castellana del cuestionario MOS-HIV (anexo 1) elaborada para la población mexicana es un instrumento de medición factible, confiable y validado en el 2007 para su uso en protocolos de investigación clínica de pacientes portadores del VIH. Es un cuestionario corto, autoadministrable y fácilmente comprensible. Se compone de 35 ítems con respuestas en escalas ordinales de dos, tres, cinco ó seis posibilidades, divididos en 11 dimensiones (percepción general de la salud, dolor, función física, función de rol, función social, salud mental, energía, preocupación de salud, función cognoscitiva, calidad general de vida y salud transitoria). El tiempo medio de respuesta del cuestionario es de 10 min y 22 s. En las 11 dimensiones, el coeficiente α de Cronbach fue mayor de 0,75. Las calificaciones totales se obtienen aplicando coeficientes de ponderación que proporcionan un resultado cuasidimensional comprendido en una escala de 0 a 100, donde los valores mayores corresponden a una mejor calidad de vida y viceversa.⁸

I.4 Adherencia terapéutica y calidad de vida

Se realizó en 2005 en España un estudio transversal con 320 pacientes en tratamiento antirretroviral con el objetivo de este estudio es analizar la asociación entre parámetros clínicos y terapéuticos y las 11 dimensiones de calidad de vida en pacientes infectados por VIH. Se utilizó el cuestionario MOS-HIV. El 73,4% de los entrevistados eran varones, el 35,6% tenían sida y el 88,1% fue considerado adherente al tratamiento. Los pacientes con una mayor carga viral presentaron puntuaciones más bajas en todas las dimensiones de la calidad de vida, a excepción de la función cognitiva. Los pacientes con sida mostraron una peor calidad de vida en 10 de las 11 dimensiones. Aquéllos con una adherencia

adecuada al tratamiento antirretroviral mostraron una mejor calidad de vida en 10 dimensiones. Concluyendo que el estado clínico y la adherencia del paciente no sólo afectan a su supervivencia, sino también a diferentes dimensiones de su calidad de vida.⁹

En España en 2007 se realizó un Estudio observacional, descriptivo y transversal de 149 pacientes en el que se incluyó a pacientes infectados por VIH, cuyo objetivo era establecer la relación entre adherencia al TAAR y situación clínica, y detectar los factores que se relacionan con la falta de adherencia. Para evaluar la adherencia al tratamiento, se utilizó el cuestionario SMAQ y el registro de las dispensaciones. No se observó concordancia entre las 2 medidas de adherencia, aunque sí asociación entre carga viral y cumplimiento, independientemente del método utilizado. Se obtuvo un porcentaje mayor de pacientes no adherentes según el cuestionario, en mujeres, consumidores de sustancias y pacientes psiquiátricos. Los pacientes no adherentes señalaron con más frecuencia factores que dificultan la toma de la medicación. Concluyendo que los pacientes adherentes al TAAR tienen un riesgo menor de presentar fallo virológico.²²

En 2009 se realizó en España un estudio transversal en 150 pacientes con VIH de un hospital de tercer nivel cuyo objetivo era demostrar que acceso al tratamiento antirretroviral retrasa la progresión clínica del VIH y aumenta la supervivencia, mejorando la calidad de vida. La adherencia se valoró con el cuestionario SMAQ y los datos de CVRS se obtuvieron con el cuestionario MOS-HIV. Encontrándose 84% de nuestros pacientes estaban en TAAR, de éstos el 94,5% adaptaba bien el TAAR a su vida diaria, siendo adherentes el 64,3%, según el cuestionario SMAQ. En cuanto a la CVRS, los pacientes con IP obtuvieron peores puntuaciones en 4 de las 11 dimensiones del cuestionario MOS-HIV. Los pacientes que dijeron adaptar bien el TAAR presentaron mejores puntuaciones en 4 de las 11 dimensiones y en la valoración global del MOS-HIV. Habiéndose documentado relación negativa entre la toma de IP y CVRS, y positiva entre adaptación subjetiva del TAAR y CVRS.¹

En 2011 en España Estudio observacional, longitudinal prospectivo con 150 pacientes con injerto renal de al menos un año de evolución, en terapia con tacrolimus evaluando la adherencia con el cuestionario SMAQ. Los pacientes completaron el cuestionario SMAQ dos veces (administrado por médico/personal de enfermería) y la escala Morisky-Green. Según el cuestionario SMAQ, el 39,01% / 41,84% de los pacientes eran no cumplidores (administración médico/personal de enfermería), el 22,38% según Morisky-Green. En la predicción de niveles de tacrolimus, SMAQ comparado con Morisky-Green, clasificó mejor a los pacientes y presentó una mayor sensibilidad y una menor especificidad. Concluyendo que el cuestionario SMAQ presenta buenas características psicométricas, una mayor sensibilidad permite una mejor detección de pacientes no cumplidores para un mejor seguimiento.³¹

En 2013 se realizó en España un estudio analítico, observacional de corte transversal con 345 pacientes en donde se incluyeron pacientes con Artritis Reumatoide que se encontraban recibiendo fármacos biológicos para el tratamiento de su enfermedad en los últimos seis meses y que asistieron a la consulta ambulatoria, para determinar el nivel de adherencia al tratamiento e identificar factores asociados a la falta de cumplimiento a la terapia. Para la valoración de la adherencia se utilizaron los cuestionarios CQR (Compliance Questionnaire on Rheumatology) y el cuestionario SMAQ. Mediante el cuestionario SMAQ se observó una adherencia del 50% (159 pacientes). El Cuestionario CQR tuvo un puntaje mediano de 78 puntos (RIC 67-86). El 47% (147 pacientes) fueron adherentes (CQR >80) y 52% no adherentes. Los factores asociados al no cumplimiento de la terapia biológica fueron el tipo de cobertura médica, que el paciente no haya notado mejoría y la esperanza de una rápida respuesta al tratamiento, y la falta de adherencia al tratamiento.³²

II. Justificación

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida, causada por el VIH, una enfermedad mortal anteriormente, es ahora una infección crónica y controlable gracias al desarrollo de medicamentos antirretrovirales. Aunque estos medicamentos no pueden curar la infección, las personas seropositivas responden a la medicación y la toma correcta puede tener beneficio en la esperanza de vida, siendo ésta muy similar a la de una persona no infectada por el VIH. Una buena adherencia al tratamiento genera una progresión clínica más lenta de la enfermedad así como marcadores virológicos más bajos repercutiendo de forma positiva sobre el estado de salud y por tanto sobre su calidad de vida.

La no adherencia es la principal causa que evita la obtención de los beneficios que los medicamentos proporcionan a los pacientes. El éxito del tratamiento antirretroviral depende de varios factores, incluyendo, por mucho, el mantener un óptimo cumplimiento en la toma de los medicamentos. . Cuando el seguimiento de las instrucciones es negativo, el pronóstico empeora y los resultados pueden ser desfavorables para su calidad de vida. La valoración de aspectos relacionados con la calidad de vida relacionada con la salud y la satisfacción con el TAAR percibida por los pacientes ha adquirido cada vez más importancia por su interacción con la adherencia y, consecuentemente, con la efectividad del tratamiento.

III. Planteamiento del problema

¿Cuál es la adherencia terapéutica y su relación con la calidad de vida en los pacientes con VIH en tratamiento con antirretrovirales que acuden a la consulta externa de la clínica de retrovirus del HGR no.1/MF?



IV. Hipótesis

Los pacientes con VIH en tratamiento con antirretrovirales que acuden a la consulta externa de la clínica de retrovirus del HGR no.1/MF que tengan adherencia terapéutica tendrán mejor calidad de vida en comparación con los pacientes no adherentes.

V. Objetivos

V.1. General

Estimar la adherencia terapéutica y su relación con la calidad de vida de los pacientes con VIH en tratamiento con antirretrovirales que acuden a consulta externa en la clínica de retrovirus del HGR/MF no.1

V.2. Específicos

- a) Describir las características de la población con VIH/SIDA perteneciente a la clínica de retrovirus del HGR/MF no.1
- b) Estimar la adherencia terapéutica en los pacientes con VIH que acuden clínica de retrovirus del HGR/MF no.1
- c) Evaluar la calidad de vida en los pacientes con VIH en tratamiento con antirretrovirales que acuden clínica de retrovirus del HGR/MF no.1
- d) Analizar la relación entre la adherencia terapéutica y la calidad de vida en los pacientes con VIH que acuden clínica de retrovirus del HGR/MF no.1

VI. Metodología

VI.1. Universo Trabajo

Pacientes derechohabientes al IMSS con VIH que asistan a la consulta externa de la clínica de retrovirus del HGR/MF no.1. Se trata de una población ambulatoria de segundo nivel de atención que reside en el estado de Morelos.



VI.1.1 Tamaño de muestra

Se invitó participar en el estudio a la totalidad de pacientes ambulatorios que asisten a la consulta externa de la clínica de retrovirus del HGR/MF no.1 en un lapso de tiempo de marzo 2014 a mayo de 2014. Realizando al final del estudio cálculo de potencia estadística.

VI. 2 Diseño de estudio

Se trata de un estudio observacional, transversal y prospectivo.

VI.2.1 Causalidad

Se considera este estudio como no experimental debido a que no es posible la manipulación de una exposición determinada en la población de estudio. La exposición ocurrirá sin la participación del investigador y de acuerdo con variables que están fuera de control del investigador.

VI.2.2. Número de mediciones

Se considera transversal o de prevalencia pues estudia simultáneamente la exposición y la enfermedad en una población definida en un momento determinado. Se realizara en una sola determinación en los sujetos del estudio para evaluar de manera concurrente la exposición y el evento de interés.

VI.2.3. Temporalidad

El estudio se considera como prospectivo debido a que al inicio del estudio el evento investigado está presente pero aún no se ha cuantificado.

VI.2.4. Unidad de análisis

Se considera un estudio individual ya que la unidad de análisis es el individuo y se cuenta con al menos una medición indirecta de cada uno de los participantes.



VI.3. Criterios de selección

VI.3.1. Criterios de inclusión

- a) Pacientes diagnosticados con VIH derechohabientes del IMSS que acuden a la consulta externa de la clínica de retrovirus del HGR/MF no.1
- b) Pacientes que firmen el consentimiento informado y, asientan participar y contestar el cuestionario.
- c) Pacientes que sean mayores de edad
- e) Pacientes que tengan expediente clínico vigente en la clínica de retrovirus
- f) Pacientes VIH seropositivos en tratamiento con antirretrovirales.

VI.3.2 Criterios de no inclusión

- b) Pacientes que no contesten correctamente o por completo los cuestionarios
- d) Pacientes VIH seropositivos que no estén bajo tratamiento con antirretrovirales
- e) Pacientes sin expediente vigente en clínica de retrovirus o con expedientes incompletos.

VI.4. Variables

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES					
Variable	Definición	Categoría de la variable	Tipo de variable	Escala de medición	Instrumento de medición
Adherencia Terapéutica	La magnitud con la cual el enfermo sigue las instrucciones médicas para llevar a cabo un tratamiento	Independiente	Cuantitativa discreta	Ordinal	Cuestionario SMAQ. Considera como al paciente como adherente (cumplimiento terapéutico igual o superior al 95%) o no adherente
Calidad de vida	Percepción personal única que representa la forma en que dentro del contexto e cultura y sistema de valores los	Dependiente	Cuantitativa discreta	Ordinal	Cuestionario CVRS MOS-HIV. Con sus 11 dimensiones: función física, función de rol, función social, función cognoscitiva, percepción de salud,

	pacientes perciben aspectos vitales relacionados con su salud				energía, salud mental, calidad general de vida, salud transitoria, dolor, preocupación de la salud
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento del estudio, se mide en años	Covariable	Cuantitativa (discreta)	Intervalo	Formato de registro para paciente con VIH
Sexo	Diferencia constitutiva del hombre y la mujer	Confusión	Cualitativa	Nominal (dicotómica)	Formato de registro para paciente con VIH
Escolaridad	Conjunto de cursos que un estudiante sigue a largo de su educación formal	Concurrente	Cualitativa	Nominal (politómica)	Formato de registro para paciente con VIH
Religión	Culto que tributa el individuo a una divinidad	Concurrente	Cualitativa	Nominal (politómica)	Formato de registro para paciente con VIH
Ocupación	Oficio que desarrolla un individuo como medio de mantención	Concurrente	Cualitativa	Nominal (politómica)	Formato de registro para paciente con VIH
Estado civil	Condición de cada persona en relaciona los derechos y obligaciones civiles	Confusión	Cualitativa	Nominal (politómica)	Formato de registro para paciente con VIH
Preferencia sexual	Deseo claro y mantenido de una persona de permanecer a un sexo en lugar de al otro	Concurrente	Cualitativa	Nominal (politómica)	Formato de registro para paciente con VIH
Tiempo de evolución de enfermedad	Tiempo transcurrido en años desde el momento en que se realizó el diagnóstico de ser positivo a los Ac contra VIH	Concurrente	Cuantitativa (discreta)	Intervalo	Formato de registro para paciente con VIH
Parejas sexuales	Personas con la que podemos tener una relación sexual,	Concurrente	Cuantitativa (discreta)	Intervalo	Formato de registro para paciente con VIH

	sin que haya o no un vínculo afectivo				
Vía contagio	Formas en que los microorganismos son transportadas desde un individuo enfermo hasta un hospedador sano	Concurrente	Cualitativa	Nominal (politómica)	Formato de registro para paciente con VIH

VI.5. Descripción general del estudio

El estudio se realizó partir del marzo del 2014 en el HGR/MF no.1 Cuernavaca Morelos en el cuarto piso, en donde se ubican las instalaciones de la consulta externa de la clínica de retrovirus, el cual se imparte de lunes a viernes de 08:00 – 14:00 hrs. Se invitó a los pacientes con VIH que asisten a la consulta externa a participar en el estudio informándoles del tipo de estudio que se estaba realizando y de la confidencialidad de la información; los cuales aceptaron firmando el consentimiento informado, posteriormente se les entregaron los cuestionarios utilizados para recolectar la información.

VI.6. Recolección de la información

VI.6.1. Caracterización de la población VIH

Se elaboró un formato de registro (anexo 4) para pacientes con VIH en el que se registrara la información obtenida del paciente el cual incluirá datos como nombre, número de afiliación, folio, edad sexo, estado civil, escolaridad, ocupación, número de convivientes y religión. Este formato nos permitió también obtener información relevante como la fecha del diagnóstico, recuento de CD4+ y carga viral al ser detectados y las últimas cifras de laboratorio con el uso de tratamiento antirretroviral; la cual se obtuvo directamente del expediente clínico por el

encuestador. Se les explicó detenidamente la forma en que debían responder el cuestionario y al final de cada aplicación se verificó el llenado correcto de los datos para poder capturar la información en una base de datos en Excel.

VI.6.2. Evaluación de la adherencia terapéutica

El cuestionario simplificado de adherencia a la medicación (SMAQ) es un instrumento breve y sencillo, basado en preguntas al propio paciente sobre su hábito en la toma de medicación, validado para la medida de adherencia en pacientes en tratamiento con antirretrovirales. Fue desarrollado, como una modificación del cuestionario Morisky-Green, para medir la adherencia a tratamientos antirretrovirales en pacientes con síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). Consta de seis preguntas que evalúan diferentes facetas relacionadas con el cumplimiento del tratamiento: olvidos, rutina, efectos adversos y cuantificación de omisiones. Un paciente se clasifica como no cumplidor si contesta cualquier respuesta en el sentido de no adherencia, y en cuanto a las preguntas de cuantificación, si refiere haber perdido más de dos dosis en la última semana o refiere no haber tomado más de dos días completos la medicación en los últimos tres meses.

Se explicó al paciente cómo responder el cuestionario de forma personal en un espacio apropiado utilizando un apartado que existe dentro de la clínica de retrovirus, y con el compromiso de que la información obtenida es confidencial, verificando al final que se haya llenado correctamente.

VI.6.3 Evaluación de la calidad de vida

Contiene 35 preguntas que incluyen 11 dimensiones de salud: Percepción General de la Salud, Dolor, Función Física, Función de Rol, Función Social, Salud Mental, Energía/ Fatiga, Preocupación por la Propia salud, Función Cognitiva, Calidad de Vida y Transición de Salud. El MOS-HIV es el cuestionario específico más usado

en la evaluación del impacto de las intervenciones y de los tratamientos en pacientes VIH. Se ha demostrado su validez, fiabilidad y sensibilidad al cambio.

El tiempo de administración es de aproximadamente 10 minutos y puede ser auto administrado o administrado por el investigador ya sea en persona o telefónicamente. Se le explicará al paciente cómo contestar las preguntas de forma personal, se aplicará en la clínica de retrovirus cuando acuda a su cita mensual, en un lugar cómodo, verificando el llenado correcto y la capta de información en Excel.

VI.6.4 Análisis estadístico

Se realizó un análisis descriptivo de la población en estudio de acuerdo al tipo de distribución de cada una de las variables, se calcularon medias y desviación estándar en las variables continuas y porcentajes en las variables categóricas. Se consideraron significativos valores de P menores o igual a 0.05 para el análisis estadístico. Se utilizó el programa Excel y el paquete estadístico STATA versión 11.1. Se realizó el análisis bivariado para variables cualitativas mediante la prueba de Chi-cuadrada. Se ajustó un modelo de regresión logística para la correlación de las 11 dimensiones del cuestionario MOS-HIV de calidad de vida y la adherencia terapéutico, así como la prueba de T de student para las variables de tiempo de tratamiento y tiempo de diagnóstico.

Con un total de 250 pacientes encuestados se realizó cálculo de potencia estadística alfa 0.05, encontrando potencia 81.13%.

VII. Aspectos éticos

El presente estudio se clasifica como categoría I de acuerdo al reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud, vigente en nuestro país, en base en el título segundo, artículo 17, que lo clasifica como una investigación sin

riesgo debido a que los individuos participantes en el estudio, solo aportan datos a través de encuestas, lo que no provoca daños físicos ni mentales. Además la investigación está de acuerdo con las recomendaciones contenidas en la declaración de Helsinki de la asociación médica mundial, enmendada en la 52ª asamblea general mundial celebrada en Edimburgo, Escocia, octubre 2000, que guía a los médicos en investigación biomédica, donde participan los seres humanos. Los pacientes participantes podrán salirse del estudio en el momento en que así lo deseen sin tener repercusiones respecto a su atención médica.

Los pacientes identificados con bajo puntaje para el cuestionario de calidad de vida de acuerdo a la dimensión afectada, así como los pacientes no adherentes, se canalizarán en forma oportuna al servicio correspondiente en apoyo de trabajo social y el médico infectólogo encargado de los pacientes de la Clínica de Retrovirus del HGR No. 1 Cuernavaca, Morelos.

VIII. Recursos

VIII. 1. Humanos

- Un investigador médico familiar residente
- Un director de tesis y asesor encargado de la clínica de retrovirus HGR No.1/MF
- Un asesor metodológico

VIII. 2. Insumos

- Papelería y artículos de oficina, fotocopias, consentimiento informado y cuestionarios, bolígrafos, lápices y correctores
- Equipo de cómputo: computadora, impresora.

IX. Resultados

Consintieron participar en el estudio 250 pacientes que cumplían los criterios de selección. De los cuales la distribución por sexo de la población estudiada tuvo un predominio por el sexo masculino con 196 (78.4%), en cuanto a mujeres fueron 54 (21.6%) pacientes (tabla 1) (ANEXO 5).



Tabla 1. Variables cuantitativas de los pacientes VIH seropositivos en TAAR del HGRno.1		
Variable	Número	Porcentaje
Sexo		
Mujeres	54	21.6%
Hombres	196	78.4%
Edad categorizada		
18-25 años	18	7.2%
+25-35 años	56	22.4%
+35-45 años	74	29.6%
+45-55 años	52	20.8%
+55-65	40	16%
+65 años	10	4%
Escolaridad		
Leer y escribir	11	4.4%
Primaria	24	9.6%
Secundaria	55	22%
Preparatoria	75	30%
Licenciatura	68	27.2%
Posgrado	8	3.2%
Analfabeta	9	3.6%
Religión		
Católica	175	70%
Cristiana	21	8.4%
Testigo de Jehová	3	1.2%
Evangelista	3	1.2%
Ninguna	31	12.4%
Otra	17	6.8%
Ocupación		
Campesino	6	2.4%
Obrero	10	4%
Empleado	117	46.8%
Comerciante	15	6%
Profesionista	39	15.6%
Hogar	26	10.4%
Pensionado/jubilado	27	10.8%
Desempleado	10	4%
Preferencia sexual		
Heterosexual	117	46.8%
Homosexual	104	41.6%
Bisexual	29	11.6%
Parejas sexuales		
Ninguna	1	0.4%
Una pareja	44	17.6%
Dos parejas	29	11.6%
Tres parejas	28	11.2%
Cuatro parejas	29	11.6%
Cinco y más	119	47.6 %

Vía de Contagio		
Sexual	170	68%
Drogas o Inyecciones	2	0.8%
Transfusiones sanguíneas	5	2%
Transmisión vertical	0	0%
Desconoce	73	29.2%
Cambio de tratamiento		
Nunca	133	53.2%
Una vez	64	25.6%
Dos veces	37	14.8%
Tres veces o más	16	6.4%
Número de células CD4+/ml inicial		
≥ 500 CD4+/ml	72	28.8%
200-499 CD4+/ml	77	30.8%
≤200 CD4+/ml	101	40.4%
Número de células CD4+/ml actual		
≥ 500 CD4+/ml	148	59.2%
200-499 CD4+/ml	93	37.2%
≤200 CD4+/ml	9	3.6%
Síntomas asociados		
Asintomático	201	80.4%
Infección sintomática	40	16%
Condiciones indicadoras SIDA	9	3.6%
SMAQ		
Pacientes adherentes	137	54.8%
Pacientes no adherentes	113	45.2%

La edad promedio fue de 43.3 años (± 12.65) (tabla 2) con un intervalo de 18 hasta 79 años. La mayor frecuencia se encontró en aquellos pacientes con rango de edad entre 35 - 45 años con 74 pacientes (29.6%) (Tabla 1) (ANEXO 5).

En cuanto a la escolaridad predominó el nivel preparatoria con 75 pacientes (30%), seguida de licenciatura con 68 pacientes (27.2%) en la población estudiada (Tabla 1). Con respecto a la religión se encontró con mayor frecuencia la religión católica con 170 pacientes (70%) (Tabla 1). De acuerdo con la ocupación predominó empleado 117 pacientes (46.8%), seguida de profesionista 39 (15.6%) pacientes (Tabla 1). En relación al tipo de preferencia sexual se encontró con mayor frecuencia heterosexual 117 (46.8%) pacientes, 104 (41.6%) de tipo homosexual y 29 (11.6%) bisexuales. El número de parejas sexuales que más predominó fue de 5 o más parejas sexuales. Con respecto a la vía de contagio predominó la sexual en 170 (68%) pacientes (Tabla 1) (ANEXO 5).

El tiempo promedio de diagnóstico de VIH seropositivo fue de 92 meses (± 74.47) y el tiempo promedio en tratamiento con antirretrovirales fue de 78.9 meses (± 65.36). El número de veces de cambio en el tratamiento con antirretrovirales que se presentó con mayor frecuencia fue de nunca en 133 pacientes (53.2%), seguida de una vez en 64 pacientes (25.6%) (Tabla 1) (ANEXO 5).

La carga viral al momento del diagnóstico el promedio fue de 167,804.7 copias/ml ($\pm 382,785$ copias/ml), el número promedio de células CD4+/ml inicial fue de 347.5 células/ml (± 286.2). Con respecto a la carga viral reportada al momento del estudio en pacientes bajo tratamiento antirretroviral 5,296.1 copias/ml (± 48077.3), el número de células CD4+/ml actual 650.8 células/ml (± 473.8). Observando una importante disminución de la carga viral y aumento de los niveles de células de CD4+ en pacientes con terapia antirretroviral (Tabla 2).

Tabla 2. Carga Viral y Número de CD4+ en pacientes VIH seropositivos en TAAR del HGRno.1		
Variable	Media/ mediana	Desviación estándar
Número de células CD4+/ml inicial	347.476 células/ml	286.20 células/ml
Número de células CD4+/ml actual	650.808 células/ml	473.8388 células/ml
Carga viral al momento diagnóstico copias/ml	167804.7 copias/ml	382785 copias/ml
Carga viral actual copias/ml	5296.072 copias/ml	48077.27 copias/ml

El puntaje promedio del cuestionario MOS-HIV para la calidad de vida en sus 11 dimensiones se muestra en la tabla 4. Encontrando que en la dimensión de función social y función de rol se obtuvo mayor puntaje; siendo el menor puntaje en las dimensiones de percepción general de salud y calidad de vida (Tabla 3).

Tabla 3. Puntaje en las dimensiones del cuestionario MOS-HIV para calidad de vida de los pacientes VIH seropositivos en TAAR del HGRno.1

Dimensión	Media/ mediana	Desviación estándar
MOS Percepción general de salud (PGS)	59.52	24.08
MOS Dimensión de Dolor (D)	86.2	19.78
MOS Función física (FF)	86.43	19.37
MOS Función de rol (FR)	90.64	26.41
MOS Función social (FS)	92.92	17.23
MOS Salud mental (SM)	77.10	19.83
MOS Energía/fatiga (EF)	77.9	19.49
MOS Preocupación salud (PS)	83.63	22.02
MOS Función cognitiva (FC)	81.74	24.57
MOS Calidad de vida (CV)	71.6	22.48
MOS Salud transitoria (ST)	78.7	21.57

De acuerdo al cuestionario SMAQ para adherencia se encontraron 137 pacientes adherentes (54.8%) y 113 no adherentes (45.2%) (Tabla 1). Al realizar el cálculo de Chi cuadrada para pacientes adherentes y no adherentes en relación al sexo, religión, ocupación, preferencia sexual, vía de contagio y número de células CD4+; no se encontró significancia estadística. Siendo sólo significativa la ocupación ($p=0.02$) siendo más elevada la adherencia en jubilados/pensionados y la no adherencia en comerciantes; así como la preferencia sexual donde se observó mejor adherencia al tratamiento en pacientes con preferencia sexual heterosexuales y menor adherencia en pacientes homosexuales ($p=0.05$) (tabla 4).

Tabla 4. Análisis bivariado en pacientes VIH seropositivos en TAAR del HGRno.1

Variable	Adherentes n (%)	No adherentes n (%)	P
Sexo			0.66
Mujer	31 (57.41)	23(42.59)	
Hombre	106 (54%)	90 (46)	
Escolaridad			0.00
Sabe leer y escribir	10 (91)	1 (9)	
Primaria	12 (50)	12 (50)	
Secundaria	30 (55)	25 (45)	
Preparatoria	28 (37.3)	47 (62.7)	

Licenciatura	43(63.3)	25(36.7)	
Posgrado	5(62.5)	3(37.5)	
Analfabeta	9(100)	0(0)	
Religión			0.84
Católico	94 (53.7)	81(46.3)	
Cristiana	13(61.9)	8(38.1)	
Testigo de Jehová	2(66.7)	1(33.3)	
Evangelista	2(66.7)	1(33.3)	
Ninguna	15(48.4)	16(51.6)	
Otra	11(64.7)	6(35.3)	
Ocupación			0.02
Campesino	4(66.7)	2(33.3)	
Obrero	4(40)	6(60)	
Empleado,	55(47)	62(53)	
Comerciante	5(33.3)	10(66.7)	
Profesionista	24(61.5)	15(38.5)	
Hogar	18(69.2)	8(30.8)	
Pensionado/jubilado	21(77.8)	6(22.2)	
Desempleado	6(60)	4(40)	
Preferencia Sexual			0.05
Heterosexual	73(62.4)	44(37.6)	
Homosexual	48(46.2)	56(53.8)	
Bisexual	16(55.2)	13(44.8)	
Vía Contagio			0.59
Sexual	95(55.9)	75(44.1)	
Drogas o Inyecciones	1(50)	1(50)	
Transfusiones sanguíneas	4(80)	1(20)	
Transmisión vertical	0(0)	0(0)	
Desconoce	37(50.7)	36(49.3)	
Número CD4+ Inicial /ml			0.98
≥ 500	39(54.2)	33 (45.8)	
200-499	42 (54.6)	35 (45.4)	
<200	56 (55.4)	45 (44.6)	
Número CD4+ Actual /ml			0.26
≥ 500	76 (51.3)	72(48.7)	
200-499	57(61.3)	36(38.7)	
<200	4(44.4)	5(55.6)	
Síntomas Asociados			0.19
Asintomático	114(56.7)	87(43.3)	
Sintomático	17(42.5)	23(57.5)	
Condiciones de SIDA	6(66.7)	3(33.3)	
Cambio de tratamiento			0.91
Nunca	72 (54.1)	61(45.9)	
Una vez	34 (53.1)	30 (46.9)	
Dos veces	21 (56.8)	16 (43.2)	
Tres veces o más	10 (62.5)	6(37.5)	

Se realizó un modelo de regresión logística para cada una de las 11 dimensiones de la calidad de vida relacionada a la adherencia terapéutica, así como para las

variables de sexo, escolaridad, religión, ocupación, preferencia sexual y número de parejas sexuales no encontrando significancia estadística; salvo para la dimensión de salud transitoria y ocupación (tabla 8).

Tabla. 8 Regresión Logística de adherencia terapéutica en pacientes VIH seropositivos en TAAR del HGRno.1						
Variable	Odds Ratio	Std. Err.	Z	P> z	[95% Conf. Interval]	
Sexo	1.130879	.4657084	0.30	0.765	.504524	2.534838
Escolaridad	1.057131	.1307824	0.45	0.653	.8295124	1.347208
Religión	1.052984	.0879621	0.62	0.537	.893955	1.240303
Ocupación	1.245853	.1079242	2.54	0.011	1.051308	1.476399
Preferencia sexual	.7015224	.1710156	-1.45	0.146	.4350483	1.131216
Parejas sexuales	.996583	.0055446	-0.62	0.538	.9857749	1.00751
MOS Percepción de salud	1.00353	.0068589	0.52	0.606	.9901765	1.017064
MOS Dolor	.9967577	.0089061	-0.36	0.716	.979454	1.014367
MOS Función de física	.9851326	.010412	-1.42	0.156	.9649355	1.005752
MOS Función de rol	1.001231	.0065625	0.19	0.851	.9884511	1.014176
MOS Función Social	1.000291	.0101004	0.03	0.977	.9806896	1.020285
MOS salud Mental	1.018019	.0109409	1.66	0.097	.9968	1.039691
MOS Energía/Fatiga	1.008096	.0115405	0.70	0.481	.9857289	1.030971
MOS Preocupación por la salud	.9898516	.0088816	-1.14	0.256	.9725962	1.007413
MOS función cognitive	1.005311	.0074339	0.72	0.474	.9908457	1.019987
MOS calidad de vida	1.002777	.007752	0.36	0.720	.9876984	1.018087
MOS salud transitoria	1.014856	.0078176	1.91	0.056	.999649	1.030295
Tiempo de tratamiento TAAR	.997548	.0038077	-0.64	0.520	.9901129	1.005039
Tiempo de diagnóstico	.002566	.0043825	0.59	0.558	.9940127	1.011192

Se realizó la Distribución t de Student para el tiempo de diagnóstico (en meses) y para tiempo de tratamiento con TAAR (en meses) en relación con la adherencia terapéutica, no encontrado significancia estadística (tabla 9 y 10).

Tabla 9. TIEMPO DE DIAGNÓSTICO (MESES) Y ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES VIH SEROPOSITIVOS EN TAAR DEL HGR NO.1					P
Variable	Número	Mediana	95% Conf. Interval		0.37
No adherentes	113	96.73451	81.9291	111.5399	
Adherentes	137	88.26277	76.40269	100.1229	

Tabla 10. TIEMPO DE TRATAMIENTO CON TAAR (MESES) Y ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES VIH SEROPOSITIVOS DEL HGR NO.1				P
Variable	Número	Mediana	95% Conf. Interval	
No adherentes	113	81.41593	69.55503	93.27683
Adherentes	137	76.82482	65.51801	88.13163

X. Discusión

La falta de adherencia al tratamiento terapéutico es una situación frecuente en las patologías crónicas; en nuestro trabajo encontramos que 54.8% de pacientes adherentes al TARV, lo cual fue superior al reportado en el estudio A. Arrondo Velasco y M.L. Sainz Suberviola⁶ con 41.6 %, puede deberse al tipo de población estudiada incluyeron otras enfermedades crónicas.

La media del tiempo de diagnóstico seropositivo y el momento en que se realizó el estudio calculado en la población de Cuernavaca fue de 92 meses, siendo el menor tiempo de diagnóstico 2 meses y el mayor de 468 meses, lo que es similar a la reportada por Remor³ que fue de 80-95 meses. No se encontró significancia estadística en cuanto al tiempo de diagnóstico y de tratamiento probablemente debido a la distinta combinación farmacológica o esquemas de tratamiento y al número de tomas; como en el estudio de Pompeyo Viciano¹³ donde la adherencia y la satisfacción con el TAAR ($p < 0,05$) fueron significativamente mejores en las pautas de una toma al día respecto a dos tomas al día. Y el estudio de Laisa Socorro¹ en el que los pacientes con inhibidores de proteasa obtuvieron peores puntuaciones en 4 de las 11 dimensiones del cuestionario MOS-HIV.

Con respecto al tiempo de tratamiento desde su inicio con antirretrovirales hasta el momento en que se realizó el presente estudio la media reportada por los pacientes fue de 78.9 meses, siendo el menor tiempo con TARV 2 meses y el mayor de 269 meses, lo cual difiere en el estudio de J. M. Ventura Cerdá y M.^a T. Martín Conde⁵ donde reportan 28 meses.

Por otra parte en las 11 dimensiones de la calidad de vida relacionada a la salud obtenidos (tabla 5) fueron superiores a los hallados en el estudio de Laisa Socorro Briongos-Figuero y Pablo Bachiller-Luque¹ para las dimensiones de Percepción General de Salud 46,1 ($\pm 24,2$), Dolor 79,4 (± 24), Función Física 84,3 ($\pm 19,7$), Función de Rol 82,7($\pm 32,2$), Función Social 88 ($\pm 22,7$), Salud Mental 68,1 ($\pm 21,8$); Energía 63,8 ($\pm 23,4$), Preocupación de Salud $82,7 \pm 20$. No así para la dimensión de función cognitiva la cual fue similar al estudio mencionado con un valor 84,6 ($\pm 17,5$), sin embargo llama la atención la gran diferencia en cuanto a los puntajes para Calidad de Vida 58,2 ($\pm 20,9$) y Salud Transitoria 54,8 ($\pm 18,9$) los cuales fueron bastante inferiores a los obtenidos en el presente estudio; posiblemente porque toda la población de nuestro estudio se encontraba en TAAR y en el estudio mencionado solo el 84% se encontraba bajo tratamiento, teniendo en cuenta los efectos secundarios indeseables de éstos.

En referencia a la CVRS, los valores absolutos del cuestionario MOS-HIV permiten inferir una muy aceptable calidad de vida en todos los pacientes. No se observaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la adherencia terapéutica en el modelo realizado de regresión logística. Probablemente porque no se consideró el tipo de tratamiento, el número de tomas al día y el número de pastillas como en el estudio de Laisa Socorro Briongos-Figuero y Pablo Bachiller-Luque¹ e Ruiz-Pérez Isabel⁹.

El estudio incluyó una muestra de 250 pacientes con diagnóstico de VIH seropositivos, en tratamiento con antirretrovirales, que asisten de forma regular al Hospital General Regional No. 1 de Cuernavaca Morelos, a la clínica de retrovirus, tamaño de muestra mayor a otros estudios reportados en la bibliografía nacional e internacional (siendo ésta mayor a la estudiada por Laisa Socorro Briongos-Figuero y Pablo Bachiller-Luque¹, así como a la estudiada por Eduardo Remor³ y Maria Isabel Peñarrieta².

En la distribución por sexo del presente estudio tuvo predominio el sexo masculino con 78.4%, lo cual es concordante con las estimaciones realizadas por el Centro Nacional para la Prevención y control del SIDA (CENSIDA⁴), donde el grupo de hombres constituye el 82% de los casos acumulados hasta diciembre 2013, donde menciona que en México la población clave de la epidemia con VIH se mantiene en hombres que tienen sexo con hombres. La edad media fue de 43.3 años similar a la media reportada en el estudio de Laisa Socorro Briongos y Pablo Bachiller-Luque¹ que fue 44.8 años.

En cuanto a la religión la población estudiada en su mayoría es católica con 70% lo cual no fue reportado en estudios previos.

La preferencia sexual más frecuente en esta población fue la heterosexual con un 46.8% seguida de la homosexual 41.6%, al contrario a la población descrita en el estudio de Eduardo Ramor³ donde se reporta predominantemente preferencia heterosexual de un 78%.

La escolaridad más frecuente encontrada en el presente estudio fue preparatoria 30%, lo cual difiere al estudio de Remor donde predominó la escolaridad primaria 50%.

En cuanto al número de parejas sexuales identificamos con mayor frecuencia 5 ó más parejas con 47.6% (119 pacientes); encontrando 3 pacientes que confirmaban haber tenido hasta 200 parejas sexuales, lo cual es un factor de riesgo importante al incrementarse el factor de riesgo para transmitir el VIH, aunque como se reporta en CENSIDA⁴ el 73.1% de los pacientes masculinos, según las encuestas 2013 declararon haber utilizado en su último coito anal, teniendo esto en consideración un razonable porcentaje no utiliza método de prevención de ETS y la mayor población identificada en el presente estudio es masculina.

En cuanto a la vía de contagio el 68% afirmó la vía sexual lo cual fue superior a lo reportado en el estudio Remor³ con un 56% para vía sexual, seguido del uso de drogas por vía parenteral con un 29%.

La ocupación predominante en la población estudiada de Cuernavaca fue el de empleado 46.8%, si sumamos el porcentaje de pacientes activos laboralmente encontramos es de 74.8% lo cual es superior a lo encontrado en el estudio Remor³ que reporta un 63% de pacientes laborando. Encontrándose significancia estadística en el análisis bivariado en los grupo de adherentes y no adherentes con respecto a la ocupación siendo mayor adherentes pacientes jubilados/pensionados y menos adherentes los pacientes dedicados al comercio; esto pudiese deberse al tiempo disponible que demanda un negocio en el trabajador activo que en el paciente que se ha retirado de la vida laboral y que dispone de mayor tiempo para su autocuidado.

Con respecto al número de células CD4+ previo al inicio de tratamiento con antirretroviral se observó que estaba disminuido, en comparación con el conteo de CD4+ posterior al uso de TARV el cuál se vio incrementado; obteniendo una media inicial de CD4+ 347.5 células/ml y una media al momento del estudio de 650.8 células/ml. Contrario a la carga viral la cual disminuyo el número de copias/ml con el uso de tratamiento antirretroviral teniendo una carga inicial 167,804.7 copias/ml y al momento del estudio de 5,296.072 copias/ml. Lo cual fue similar el estudio de Pompeyo Viciano y Rafael Rubio⁴⁹ donde se observó que de forma global e independientemente del grupo de pacientes o de las pautas del TAAR, el tratamiento antirretroviral consiguió una mejora viroinmunológica.

Se encontró a 210 pacientes de los 250 estudiados con carga viral indetectable (menos de 50 copias/ml), y un 80.4% de pacientes que se referían asintomáticos con estadio clínico A; no encontrando así significancia estadística al comparar con el grupo de pacientes adherentes y no adherentes. Pudiendo esto ser resultado de que algunos pacientes integrados al momento del estudio que iniciaron

tratamiento en el Hospital Regional No. 1 procedían de otras instituciones de salud ya en tratamiento antirretroviral pudiendo alterar los resultados de la carga viral inicial y el número de células CD4 inicial reportados en su expediente médico.

Pudimos observar en general que la población estudiada se siente satisfecha con el tratamiento antirretroviral, percibiendo una aceptable calidad de vida; sin embargo en cuanto a la adherencia aunque el porcentaje de pacientes adherentes fue superior al de los no adherentes, habría que indagarse otros factores agregados que pudiesen influir. Lo cual sería útil considerar en futuras investigaciones para que el personal de salud pudiese incidir e implementar estrategias para incrementar la adherencia y por ende la calidad de vida.

No se logró captar a toda la población debido a que existió falta de tiempo suficiente para involucrarse en el estudio, ya que solo existe un turno para la atención médica en clínica de retrovirus, además la falta de aceptación de los pacientes para su participación en el estudio, la asistencia del familiar por la receta médica para dotación de medicamento antirretroviral sin la presencia física del paciente; todas estas situaciones se conjugaron para no poder coleccionar un mayor número de participantes en el estudio.

Dentro de las limitaciones del presente estudio es el tamaño de muestra, aún así es mayor a la reportada en otros estudios, el tiempo del estudio, tipo de diseño, la baja participación de los pacientes y las características del TAAR. Dentro de sus fortalezas, podemos mencionar que no hay estudios iguales, el tipo de análisis realizado y los resultados encontrados.

Consideramos importante en próximos estudios trabajar con esta población especialmente susceptible incrementar estrategias para el convencimiento al paciente de participar en el estudio o apoyarse de otras áreas como trabajo social para poder incrementar el número de pacientes.



XI. Conclusiones

- ◆ El VIH/SIDA es una enfermedad que predomina en el sexo masculino, en una relación de tres a uno con respecto al sexo femenino.
- ◆ El VIH/SIDA se encuentra especialmente en quienes tienen preferencia sexual de tipo homosexual, quienes constituyen una de las poblaciones de mayor riesgo. La vía de transmisión más frecuente es de tipo sexual.
- ◆ El mayor número de pacientes se encuentra laboralmente activo 74.8%.
- ◆ Tienen mejor adherencia al tratamiento pacientes heterosexuales y menor adherencia en pacientes homosexuales ($p=0.05$).
- ◆ El 54.8% de la población estudiada en la Clínica de Retrovirus del Hospital General No.1 reportó ser adherente al tratamiento con antirretrovirales con respecto al uso de TARV (87.2).
- ◆ Existe mejor recuento de células CD4+ en pacientes con TARV y una disminución importante de carga viral, encontrándose indetectables un 84% de la población estudiada.
- ◆ La percepción de la calidad de vida en nueve de las once dimensiones que evalúa el MOS-HIV de la población estudiada fue mayor comparada con otros estudios³, siendo significativa para la dimensión de salud transitoria ($p=0.05$).
- ◆ El tratamiento antirretroviral consiguió una mejora viroinmunológica en los pacientes con VIH, llevando al 84% de la población estudiada a una carga viral indetectable y a un aumento en el número de células CD4+.

XII. Bibliografía

1. Briongos-Figuero Laisa Socorro, Bachiller-Luque Pablo et. al., 2011. Factores relacionados con el tratamiento antirretroviral y su influencia en la calidad de vida relacionada con la salud en personas infectadas por VIH. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 29(1):9–13.
2. Peñarrieta Maria Isabel, Kendall Tamil et. al., 2009. Adherencia Al Tratamiento Antirretroviral en Personas con VIH En Tamaulipas, México. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. 26(3): 333-37.
3. Remor Eduardo, 2003. Fiabilidad y validez de la versión española del cuestionario MOS-SF-30 para evaluar la calidad de vida de personas infectadas por el VIH, *Aten Primaria*; 32(1):1-10
4. Uribe Zúñiga Patricia, Sucilla Pérez Héctor, 2014. Informe nacional de avances en la respuesta al VIH y el SIDA México 2014. *CENSIDA*. 32-45
5. Ventura Cerdá J. M., T. Martín Conde M.^a, et. al., 2014, Adherencia, satisfacción y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes infectados por el VIH con tratamiento antirretroviral en España. *Estudio ARPAS. Farm Hosp*. 38 (4):291-299.
6. A. Arrondo Velasco, M.L. Sainz Suberviola, E.M. Andrés Esteban, et. al. 2009, Factores relacionados con la adherencia en pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana, *Farm Hosp*. 33 (1):4-11.
7. Knobel Hernando Calidad de vida, 2005. Satisfacción, adherencia y efectividad del tratamiento antirretroviral. *Enferm Infecc Microbiol Clin*; 23(10):579-80
8. Peña de León E, Aguilar Gaytán, et. al., 2007. Validación mexicana de la escala MOS-HIV de calidad de vida en pacientes infectados por el VIH. *Rev Panam Salud Pública* 21(5):313–9.
9. Ruiz-Pérez Isabel, Olry de Labry-Limaa Antonio, 2005. Estado clínico, adherencia al TARGA y calidad de vida en pacientes con infección por el VIH tratado con antirretrovirales. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 23(10):581-5
10. Hernando Knobel y Guelar Ana, et. al., 2004. Estrategias para optimizar la adherencia al tratamiento antirretroviral. Intervenciones en la pauta terapéutica. *Enferm Infecc Microbiol Clin*; 22(2):106-12.
11. Condesa Emilia, Aguirrebengoab Koldo, et. lab., 2005. Validación del cuestionario de satisfacción con el tratamiento antirretroviral: cuestionario CESTA. *Enferm Infecc Microbiol Clin*; 23(10):586-92.
12. Ruiz-Pérez, Antonio Olry de Labry-Limaa, 2006. Impacto de los factores demográficos y psicosociales en la no adherencia a los fármacos antirretrovirales. *Enferm Infecc Microbiol Clin*; 24(6):373-8 373.
13. Pompeyo Vicianaa, Rubio Rafael, Riberac Esteve, et. al., 2008. Estudio longitudinal de adherencia, satisfacción y efectividad del tratamiento antirretroviral administrado una vez

al día, frente a dos veces al día, en una cohorte española de infectados por el VIH. *Enferm Infecc Microbiol Clin*; 26(3):127-34.

14. DasGracas Braga Ceccato. Maria, de Assis Acurcio Francisco, et. al., 2009. Evaluación de factores asociados a la comprensión del tratamiento en pacientes que inician la terapia antirretroviral. *Enferm Infecc Microbiol Clin*; 27(1):7-13.

15. Urzúa M Alfonso, Caqueo-Urizar Alejandra, 2012. Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto, terapia psicológica. *Sociedad Chilena de Psicología Clínica*; Vol. 30, N° 1, 61-71.

16. Ventura Cerdá J. M., Casado Gómez M. A, et.al, 2007. Características psicométricas de la escala de satisfacción con el tratamiento antirretroviral (ESTAR): estudio ARPAS. *Farm Hosp Vol. 31. N.º 6*, pp. 331-339.

17. Villa Isabel, Vinaccia Stefano Cristiana, 2006. Adhesión terapéutica y variantes psicológicas asociadas en pacientes con diagnóstico con VIH/SIDA. *Psicología y salud*, Año /vol. 16 número 001, pp 51-62.

18. Arévalo Varela, María Teresa, et. al., 2008. Adherencia al Tratamiento en la infección por VIH/SIDA, consideraciones teóricas y metodológicas para su abordaje. *Acta Colombiana de Psicología*, Vol. 11, Núm. 2, pp. 101-113.

19. Ardila Rubén, 2003., Calidad de vida: una definición integradora. *Red de Revistas Científicas de América Latina*; Vol. 35, núm. 2, pp. 161-164.

20. Codina Carlos, Martínez Mireia, et.al., 2015. Comparación de tres métodos de cálculo de adherencia en pacientes con tratamiento antirretroviral. *Enferm Infecc Microbiol*, 20(10):484-90.

21. X. Nogués Solán, M. L. Sorli Redó, 2007. Instrumentos de medida de adherencia al tratamiento. *An. Med. Interna Vol. 24, N.º 3*, Pp. 138-141.

22. Sabate Eduardo, 2004. Adherencia a los tratamientos a largo plazo, pruebas para la acción, Organización Mundial de la Salud/ Organización Panamericana de la Salud. Capítulo 1 pp. 3-5, 20-24.

23. Piña Julio Alfonso, Sánchez Sosa Juan José, Luis et. al., 2011. Variables Psicológicas y Adhesión en Personas con VIH: Evaluación en función del Tiempo de Infección. *Terapia psicológica*, Vol. 29, N° 2, 149-157.

24. Hernando Knobela, Ismael Escobarb, et. al., 2005. Recomendaciones GESIDA/SEFH/PNS para mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral en el año 2004. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 23(4):221-31.

25. Arrivillaga Quintero Marcela, 2010. Dimensiones de adherencia terapéutica en mujeres colombianas con VIH/SIDA: una perspectiva social. *Revista Latinoamericana de Psicología*, vol. 42, núm. 2, pp. 225-236.

26. Salinas Cruz Elizabeth, Ma. Nava Galán Guadalupe, 2010. Adherencia terapéutica, Medigraphic, Vol. 11, No. 2: 102-104.
27. Aguirrebengoa Koldo, Estrada Vicente, et .al, 2012. Documento de consenso de Gesida/Plan Nacional sobre el Sida respecto al tratamiento antirretroviral en adultos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana.pp.10-59.
- 28 Lamotte Castillo. Antonio, 2004. Infección-Enfermedad Por VIH/ SIDA. MEDISAN; 8(4):49-63.
29. Rodríguez Carlos Magis, Barrientos Bárcena Hermelinda, 2009. VIH/SIDA y salud pública, Manual para personal de salud. Instituto Nacional de Salud pública, 2° edición.pp 279-288
30. Ochando Antonio, García Catalina. Royuela García, et. al., 2008. Influencia de la satisfacción de los pacientes de una unidad de diálisis en la adherencia terapéutica. Rev Soc Esp Enferm Nefrol ; 11 (4): 271-276
31. Ortega Suárez F.J., J. Sánchez Plumed, et. al., 2011. Validación del cuestionario simplificado de adherencia a la medicación (SMAQ) en pacientes con trasplante renal en terapia con tacrolimus. Revista Nefrología; 31(6):690-6.
32. Chaparro del Moral Rafael, Rillo Oscar Luis, et.al., 2013. Adherencia al tratamiento de pacientes con artritis reumatoide que reciben medicamentosbiológicos; Rev Arg Reumatol 24(4): 18-26
33. Peña de León Edilberto, Aguilar Gaytán Sandra Socorro, et.al. 2007. Validación mexicana de la escala MOS-HIV de calidad de vida en pacientes infectados por el VIH; Rev Panam Salud Pública; 21(5):313-9
34. Badía Llach. Xavier y Lara Suriñac Nuria, 2004. Calidad de vida relacionada con la salud en el paciente VIH; 4° Seminario de atención farmacéutica 79-89pp
35. Vllagut Gemma, Ferrer Montse, 2006. El cuestionario de salud SF-36 español: una década de experiencia y de nuevos desarrollos. Gac Sanit; 19(2):135-50
36. Arrivillaga Quintero Marcela, 2010. Dimensiones de adherencia terapéutica en mujeres colombianas con VIH/SIDA: una perspectiva social. Revista Latinoamericana de Psicología, vol. 42, núm. 2, pp. 225-236.
37. Yurelis G, 2001. La adherencia terapéutica; Rev cubana med gen integr; 17(5):502-5
38. Urzúa M. Alfonso, Caqueo-Urizar Alejandra et. al., 2012. Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. Terapia psicológica Vol. 30, N°1, 61-71.
39. Salinas Cruz Elizabeth, Nava Galán Ma. Guadalupe, 2012. Adherencia terapéutica. Enf Neurol (Mex) Vol. 11, No. 2: 102-104.

40. Beaglehole Robert, Irwin Alec et al., 2003, Informe sobre la salud en el mundo: Forjemos el futuro. Organización Mundial de la Salud. Capítulo 3, 47-55 pp.
41. Tobón Pereira JC, Toro Montoya et al., 2008, Estudio del paciente con infección por VIH. Medicina & Laboratorio; Vol. 14 No. 1-2: 11-42.
42. Lamotte JA, Roca Goderich R, Smith Smith et al., 2002. Infección-enfermedad por VIH/SIDA. Temas de medicina interna. 4 Ed. 3: 579-95.
43. Kasper Dennis L, Braunwald Eugene et al., 2005. Harrison Online. Principios de Medicina Interna. Capítulo 173 16° Edición 6044-6355 pp.
44. Serrano Flores Jorge Misael, 2012. Rasgos de personalidad y su influencia en la adherencia al tratamiento en los pacientes con VIH. Facultad de Ciencias Psicológicas 44 pp.
45. Ibarra Olatz, García Benito, 2004. Jornadas de Actualización Terapéutica en el Tratamiento Antirretroviral. 3° Seminario 161-163 pp.
46. Dilla Tatiana, Valladares Amparo et al., 2009. Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora. Aten Primaria 41(6):342-348
47. Martín Alfonso Libertad 2004. Acerca del concepto de adherencia terapéutica. Rev Cubana Salud Pública [online] v.30 n.4 0-0 pp.
48. Candela Iglesias María, Reyes Terán Gustavo et al., 2011. Treinta años del VIH-SIDA: perspectivas desde México. Centro de Investigación en Enfermedades Infecciosas. Capítulo 1: 13-17 pp.
49. CENSIDA. [Internet]. México 2014. Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el sida. [cited junio 2015]. Available from: http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/epidemiologia/L_E_V_S.pdf
50. CENSIDA [Internet]. México 2014. Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el sida [cited junio 2015]. Available from: <http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/ungass/garp2014.pdf>
51. Delgado Rafael, 2011. Características virológicas del VIH. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2011; 29(1):58-65.
52. Juan López María de las Mercedes Martha, Kuri Morales Pablo Antonio et al., 2014. Guía de manejo antirretroviral de las personas con VIH. México: Censida/Secretaría de Salud, 6° Edición 13-16 pp.
53. José Antonio Lamotte Castillo, 2014. Infección por VIH/sida en el mundo actual. MEDISAN 18(7):117.

54. Rodríguez Chamorro Miguel Ángel, García Jiménez Emilio et. al., 2008. Revisión de tests de medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica. Aten Primaria.; 40(8):413-7.

55. Horne R, Weinman J, et. al., 2005. Concordance, adherence and compliance in medicine taking. Report for the National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R & D.

56. Sackett, D.L. y Haynes, B. 1976. Compliance with Therapeutic Regimens. Baltimore: Johns Hopkins University Press.



Anexos

Anexo 1. Cuestionario para la calidad de vida MOS-HIV versión mexicana. Instrucciones para el paciente. Por favor, responda a cada una de las siguientes preguntas marcando con una equis "X" en la casilla correspondiente. Marque solo una respuesta por pregunta.

1. En general, usted diría que su salud es:

- 1 Excelente
- 2 Muy bien
- 3 Buena
- 4 Regular
- 5 Mala

2. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las últimas dos semanas?

- 1 Ningún dolor
- 2 Muy Poco
- 3 Regular
- 4 Moderado
- 5 Severo
- 6 Muy severo

3. Durante las últimas dos semanas ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluye tanto él y trabajo fuera de casa como los quehaceres domésticos)?

- 1 Nada
- 2 Un poco
- 3 Regular
- 4 Moderado
- 5 Bastante
- 6 Mucho

4. Las siguientes preguntas se refieren a actividades que usted podrá hacer en un día normal. Su salud actual, ¿le dificulta hacer esas actividades? Si es así, ¿Cuánto?

Marque una sola respuesta	SI, se me dificulta mucho (1)	SI, se me dificulta un poco (2)	NO, no se me dificulta nada (3)
a. El tipo o cantidad de esfuerzos intensos que puede hacer como correr, levantar objetos pesados o participar en deportes muy fuertes			
b. El tipo o la cantidad de esfuerzos moderados que puede hacer como mover una mesa y cargar la bolsa del mandado			
c. Subir una cuesta o varios pisos por la escalera			
d. Agacharse			
e. Caminar una cuadra (100 metros)			
f. Comer, bañarse, ir al baño o vestirse			

5. Su salud, ¿le impide hacer su trabajo, tareas domésticas o ir a la escuela? (marque una sola respuesta)

[] 1 Si

[] 2 No

6. ¿Hay algún tipo de trabajo, tarea doméstica o deberes escolares que no haya podido hacer a causa de su estado de salud? (Marque una sola respuesta)

[] 1 si

[] 2 no

En cada una de las siguientes preguntas, señale por favor, la casilla de la respuesta que se acerque más a cómo se ha sentido durante las últimas dos semanas



Marque una sola respuesta	Siempre 1	Casi siempre 2	Muchas veces 3	Algunas veces 4	Solo alguna vez 5	Nunca 6
Durante las últimas 2 semanas, ¿Cuántas veces.....						
7. ¿Su salud le ha dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o parientes cercanos)?						
8. Durante las últimas dos semanas, ¿Cuántas veces.....						
a. Estuvo muy nervioso?						
b. Se sintió calmado y tranquilo?						
c. Se sintió desanimado y triste?						
d. Se sintió feliz?						
e. Se sintió tan decaído que nada podía animarle?						

En cada una de las siguientes preguntas, señale por favor, la casilla de la respuesta que se acerque más a cómo se ha sentido durante las últimas dos semanas

Marque una sola respuesta	Siempre 1	Casi siempre 2	Muchas veces 3	Algunas veces 4	Solo alguna vez 5	Nunca 6
9. Durante las últimas dos semanas, ¿Cuántas veces...						
a. Se sintió lleno de vida?						
b. Se sintió agotado?						

c. Se sintió cansado?						
d. Tuvo fuerzas suficientes para hacer lo que quería hacer?						
e. Se sintió agobiado por sus problemas de salud?						
f. se sintió desanimado por sus problemas d salud?						
g. llegó a perder la esperanza por sus problemas de salud?						
h. llegó a tener miedo dado su estado de salud?						
10. En las últimas dos semanas, ¿Cuántas veces....						
a. Ha tenido usted dificultad al analizar y resolver problemas (hacer planes, tomar decisiones, o aprender cosas nuevas)?						
b. Ha olvidado usted cosas que habían pasado recientemente, el lugar donde había dejado las cosas o la fecha en que tenía citas?						
c. Ha tenido usted dificultades para mantener su atención al hacer una tarea durante mucho tiempo?						
d. Ha tenido usted dificultades a la hora de concentrarse y pensar al hacer una tarea?						



11. Por favor, diga si le parece cierta o falsa cada una de las siguientes frases

Marque una sola respuesta	Totalmente cierta 1	Muy cierta 2	No lo sé 3	Muy falsa 4	Totalmente falsa 5
a. Estoy un poco enfermo					
b. Estoy sano como cualquiera					
c. Mi salud es excelente					
d. Me encuentro mal últimamente					

12. ¿Cómo calificaría su calidad de vida en las últimas dos semanas? Es decir, ¿Cómo le han ido las cosas? (Marque una sola respuesta)

- 1 Muy bien, no podrían haber ido mejor
- 2 Bastante bien
- 3 Cosas buenas y cosas malas, un poco de todo
- 4 Bastante mal
- 5 Muy mal, no podrían haber ido peor

13. Comparada con la de hace dos semanas, su salud física y emocional ahora es....

- 1 Mucho mejor
- 2 Algo mejor
- 3 Más o menos igual
- 4 Algo peor
- 5 Mucho peor

Le agradecemos por participar y contestar el cuestionario.

Manual de puntuación del MOS-HIV				
Dimensión	Suma aritmética de los valores recodificados [S]	Puntuación Cruda		Máximo recorrido posible de la puntuación cruda: rango [R] (PC max-PC-min)
		Mínimo posible [L]	Máximo Posible [H]	
Percepción general de salud (PGS)	1+11a+11b+11c+11d	5	25	20
Dolor (D)	2+3	2	11	9
Función física (FF)	4a+4b+4c+4d+4e+4f	6	18	12
Función de rol (FR)	5+6	2	4	2
Función social (FS)	7	1	6	5
Salud mental (SM)	8a+8b+8c+8d+8e	5	30	25
Energía/fatiga (EF)	9a+9b+9c+9d	4	24	20
Preocupación salud (PS)	9e+9f+9g+9h	4	24	20
Función cognitiva (FC)	10a+10b+10c+10d	4	24	20
Calidad de vida (CV)	12	1	5	4
Salud transitoria (ST)	13	1	5	4

Fórmula para calcular el puntaje de cada dimensión (escala 0-100):

$$\frac{(S - L)x^2}{R} \times 100 = \text{puntaje con escala } 0 - 100$$

S= suma aritmética de las opciones elegidas

L= puntuación cruda mínima posible para la dimensión evaluada

R= Máximo recorrido posible de la puntuación cruda (diferencia del puntaje crudo máximo menos el mínimo) .Rango.

Anexo 2

Cuestionario de adherencia SMAQ del paciente con tratamiento con antirretrovirales. El presente cuestionario se refiere al grado de cumplimiento que usted hace del tratamiento con antirretrovirales que le ha prescrito su médico Por favor, responda a todas las preguntas indicando la opción que crea conveniente en cada caso. Por favor recuerde que sus respuestas son confidenciales y contestes de la forma más sincera posible. MUCHAS GRACIAS

1. ¿Alguna vez olvida tomar la medicación?

- Sí
 No

2. ¿Toma siempre los fármacos a la hora indicada?

- Sí
 No

3. ¿Alguna vez deja de tomar los fármacos si se siente mal?

- Sí
 No

4. ¿Olvidó tomar la medicación durante el fin de semana?

- Sí
 No

5. En la última semana, ¿cuántas veces no tomó alguna dosis?

- a) Ninguna
b) 1-2
c) 3-5
d) 6-10
e) Más de 10

6. Desde la última visita, ¿cuántos días completos no tomó la medicación?

Días: _____

Evaluación cuestionario

Se considera *no adherente*: 1: sí, 2: no, 3: sí, 4: sí, 5: C, D o E, 6: más de 2 días.

El cuestionario es dicotómico; *cualquier respuesta* en el sentido de no adherente se considera no adherente. La pregunta 5 se puede usar como semicuantitativa:

A: 95-100% adhesión.

B: 85-94%.

C: 65-84%.

D: 30-64%.

E: < 30%.

Este cuestionario considera paciente adherente, aquel que tiene un cumplimiento terapéutico igual o superior al 95%.



Anexo 3. Consentimiento Informado



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio del presente invitamos a usted a participar en un protocolo de investigación que se llevara a cabo en la consulta externa de la clínica de retrovirus del HGR No. 1 IMSS Cuernavaca Morelos el objetivo del estudio es evaluar la adherencia terapéutica y la calidad de vida en los pacientes que acuden a la clínica de retrovirus. Su participación en este estudio será completamente voluntaria al responder cuestionarios que le proporcionara el investigador para recolectar información la cual será estrictamente confidencial. Usted no recibirá un pago por su participación en este estudio ni implicara un gasto para usted, pudiendo retirarse en cualquier momento si así lo desea. Sin embargo el beneficio indirecto será proporcionarle la información acerca de la importancia de la adherencia terapéutica y los beneficios en relación a su calidad de vida para mejorar la salud de los pacientes que acuden a esta clínica de retrovirus. Agradeciendo su participación para los posibles beneficios a futuro que nos arrojen los resultados de dicha investigación.

Si usted decide no participar, su decisión no afectara su relación con el IMSS ni el derecho a obtener atención médica. Habiendo entendido en qué consiste este estudio y posterior de haber leído el formato de consentimiento firmo de acuerdo en participar en la investigación que aquí se describe.

 Nombre y Firma del Participante

 Fecha

 Nombre y Firma del Testigo

 Fecha

5. profesionalista

7. pensionado/jubilado

6. al hogar

8. desempleado

j) ¿Cuál es su preferencia sexual?

1. heterosexual

2. Homosexual

3. Bisexual

k) Número de parejas sexuales a lo largo de su vida _____

l) ¿Conoce su vía de contagio?

1. Pareja

4. Trasmisión de madre a hijo

2. Uso de drogas o inyecciones

5. Desconoce

3. Transfusiones sanguíneas

m) Especifique cuánto tiempo ha pasado desde que se le confirmó el diagnóstico de VIH _____

Para responder por el investigador

n) Número de células CD4+/ml al momento del diagnóstico _____

o) Carga viral reportada al momento del diagnóstico _____

p) Número de células CD4+/ml actualmente _____

q) Carga viral reportada actualmente _____

r) Actualmente estadio de la infección

1. sintomáticos

2. Asintomáticos

3. SIDA



Anexo 5

Gráfico 1
Distribución por sexo de pacientes VIH+ en TARV del HGR No.1

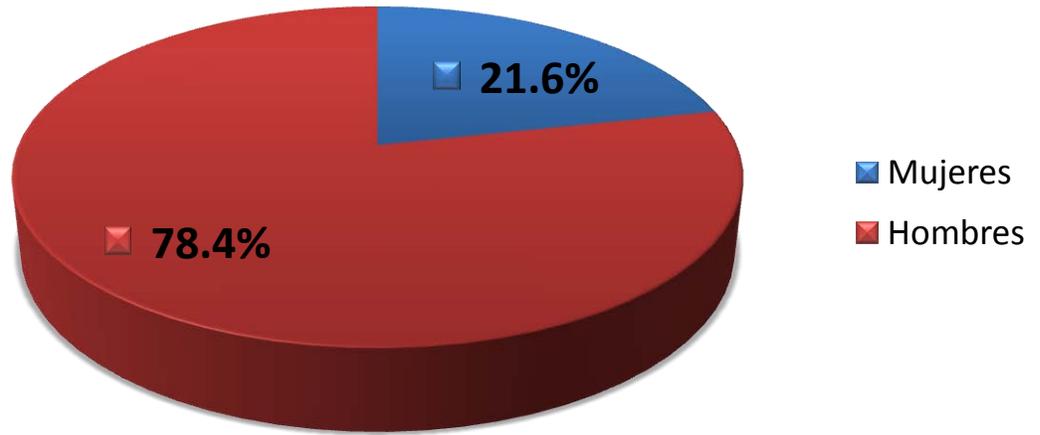


Gráfico 2
Nivel de escolaridad en pacientes VIH+ en TARV del HGR No.1

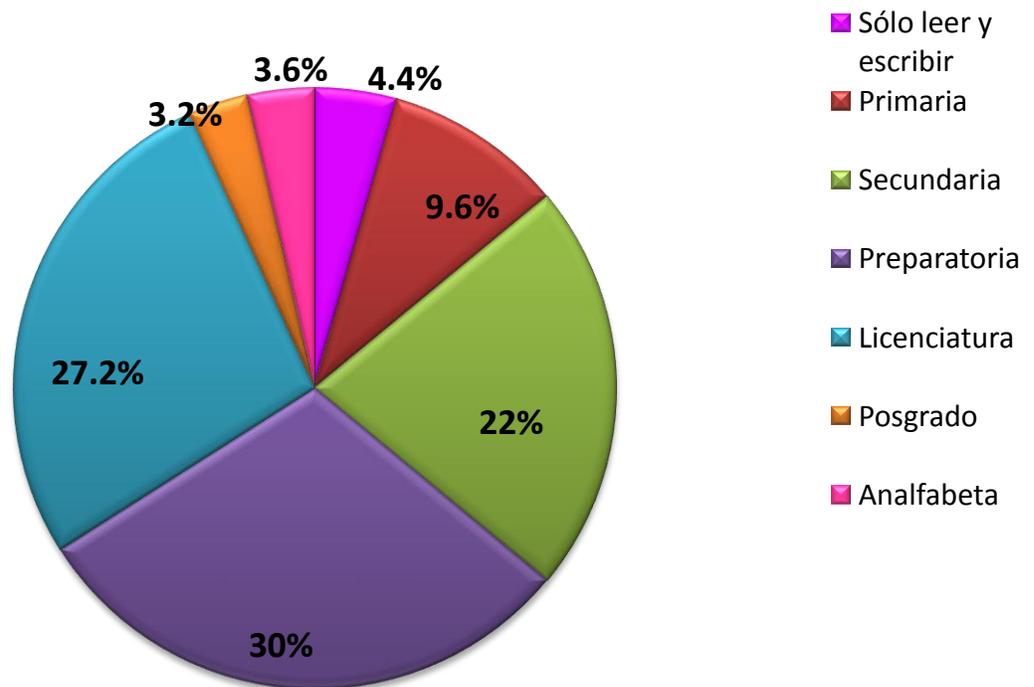


Gráfico 3

Tipo de religión en pacientes VIH + en TARV del HGR no.1

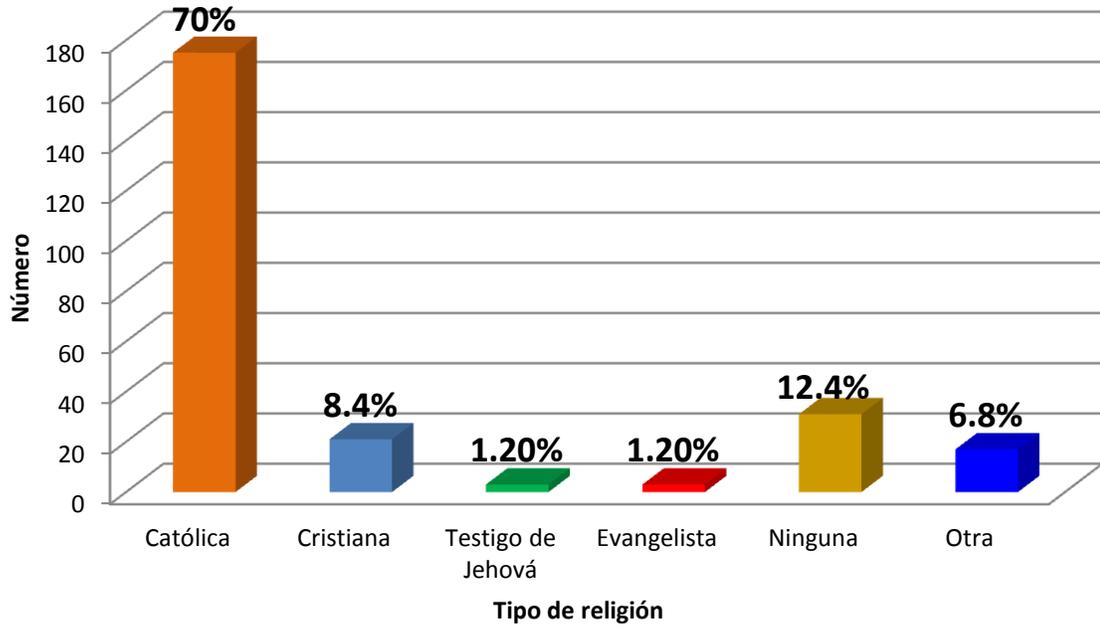


Gráfico 4

Tipo de ocupación en pacientes VIH + en TARV del HGR no.1

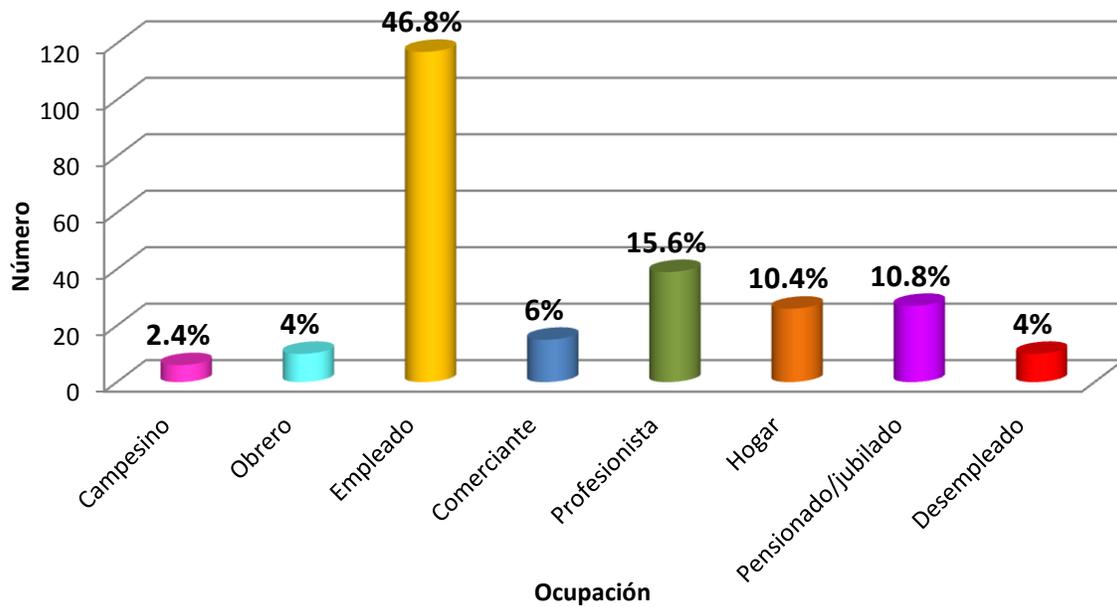


Gráfico 5
Preferencia sexual en pacientes VIH + en TARV del HGR no.1

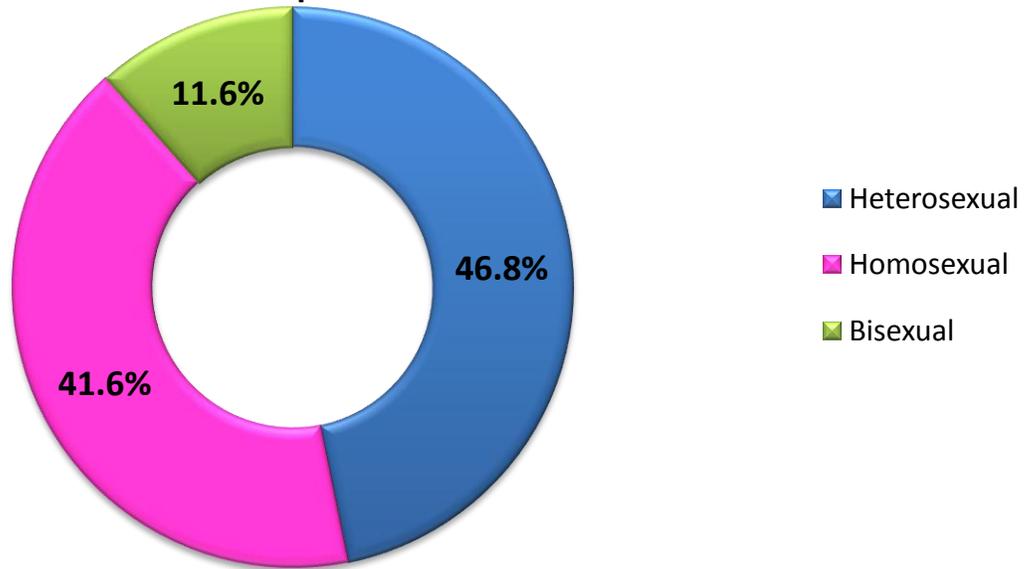


Gráfico 6
Número de parejas sexuales de pacientes con VIH + en TARV del HGR no.1

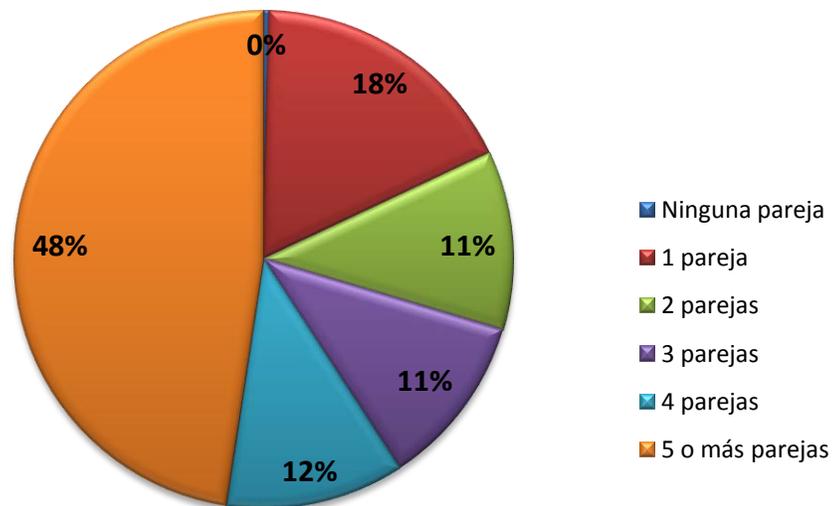


Gráfico 7
Vía de contagio en pacientes VIH + en TARV del HGR no.1

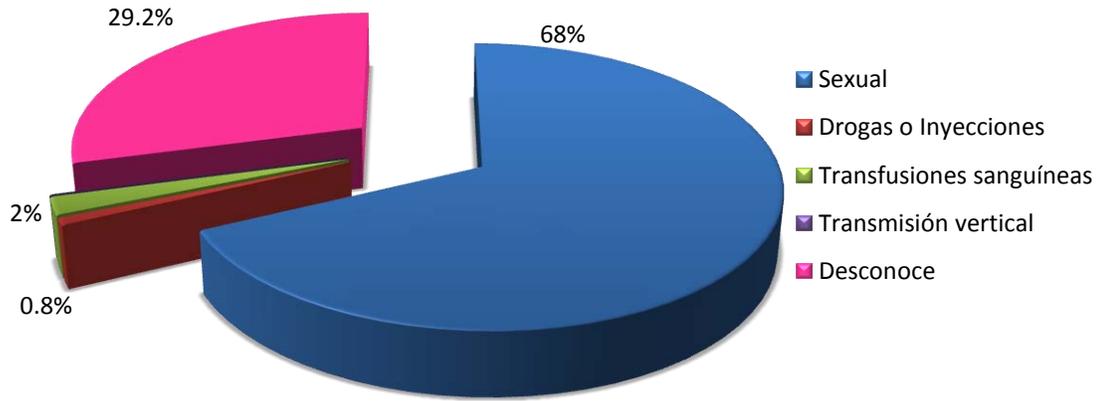


Gráfico 8
Cambio de tratamiento farmacológico en pacientes VIH + en TARV del HGR no.1

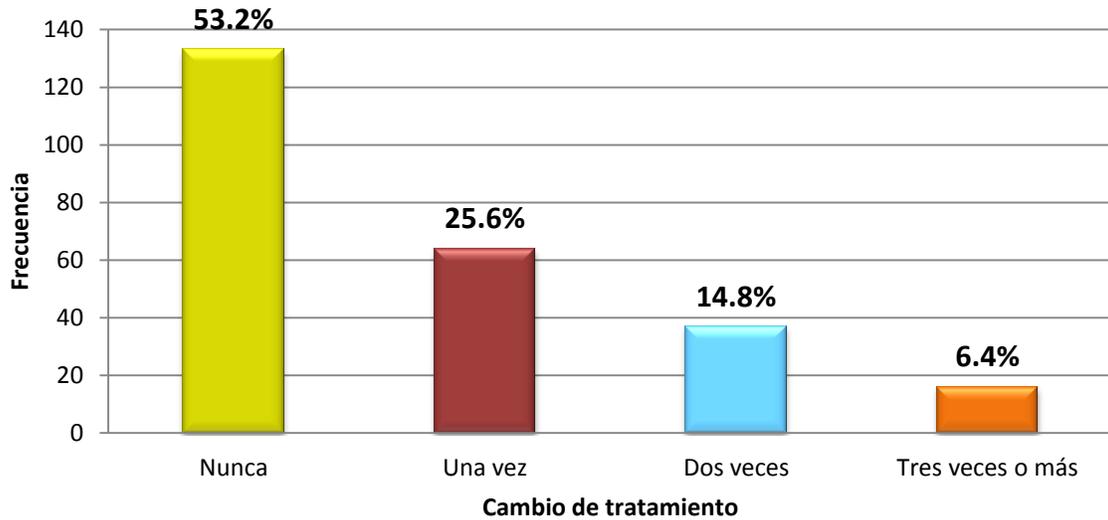


Gráfico 9
Número de células CD4+/ml en pacientes VIH + del HGR no.1

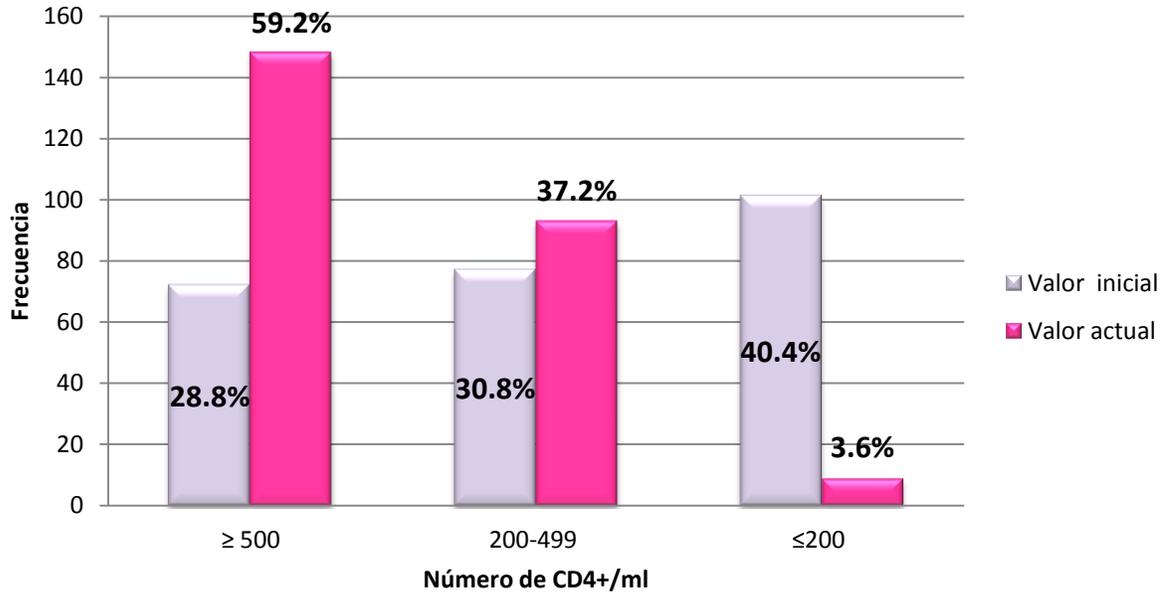


Gráfico 10
Condición clínica en pacientes VIH + en TARV del HGR no.1

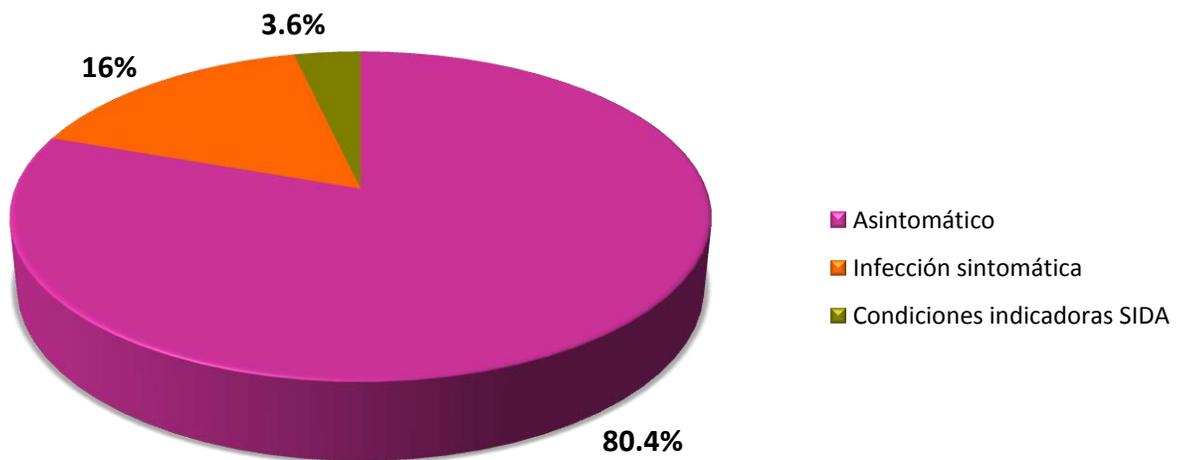


Gráfico 12
Edad categorizada en pacientes VIH + en TARV del HGR

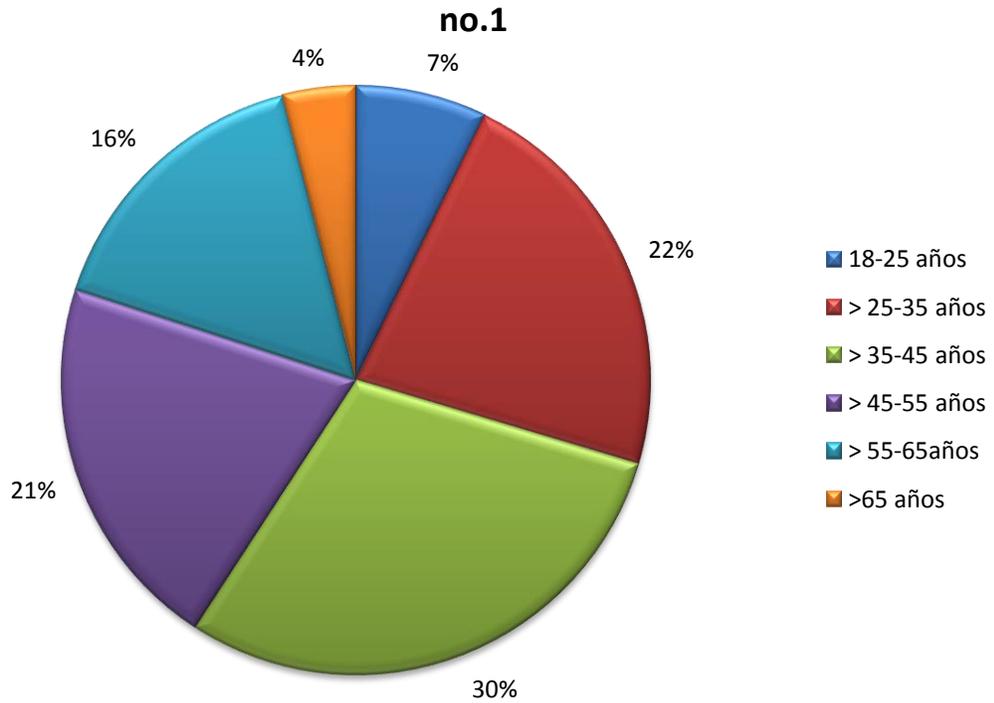


Gráfico 11
Resultado del cuestionario simplificado de adherencia a la medicación (SMAQ) en pacientes VIH + en TARV del HGR

