

**UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**



**Factores clínico- epidemiológicos asociados a la no adherencia
al tratamiento profiláctico con isoniazida en pacientes con VIH
en el Hospital Nacional De Policía periodo 2011 –2015**

**Tesis para optar el título profesional de
Médico cirujano**

Castillo Zorogastúa, Diego Andrés

AUTOR

Dr Manuel Huaman Guerrero

DIRECTOR DE LA TESIS

Dr Jhony De La Cruz Vargas

ASESOR DE LA TESIS

LIMA-PERÚ

2017

AGRADECIMIENTO

A mi madre Mónica, por levantarse a diario a prepararme el desayuno, y que muchas veces haya querido interceder ante algún profesor por mí, gracias por todo el cariño y dedicación.

A mi padre Manuel, por ser mi soporte, durante toda mi vida, con toda seguridad este momento hubiera sido tan especial el, como lo es para mí.

A mi familia en general por ser mi ejemplo a seguir.

A cada paciente que pude evaluar durante mi formación profesional.

Al servicio de Enfermedades Infecciosas del Hospital de Policía, personal de salud que labora en dicho servicio por el apoyo brindado durante este tiempo.

A Dios, al Universo...

DEDICATORIA

A Dios, ya que con su amor infinito me bendice con mucho más de lo
que en realidad merezco.

A mis padres por su apoyo, incondicional durante este viaje de formación
profesional y en mi vida

A mis familia quienes supieron entender las ausencias las cuales tuve en
muchas reuniones importantes y siempre me guardaron comida, quienes
confían en mi persona , A todos los que me rodearon durante este tiempo
quienes contribuyeron a mi formación, con solo más que decirles que, con
esfuerzo y constancia todo se logra.

ÍNDICE

RESUMEN.....	6
CAPÍTULO I PROBLEMA DE INVESTIGACION.....	9
1.1. Línea de investigación y lugar de ejecución.....	10
1.2. Planteamiento del problema.....	10
1.3. Justificación.....	13
1.4. Objetivos.....	15
CAPITULO II MARCO TEÓRICO.....	17
2.1. Antecedentes.....	18
2.2. Bases teóricas.....	26
CAPÍTULO III HIPÓTESIS Y VARIABLES.....	32
3.1 Hipótesis.....	33
3.2 variables de estudio.....	33
CAPITULO IV METODOLOGÍA.....	37
4.1.Tipo y diseño de investigación.....	38
4.2. Población de estudio y unidad de análisis.....	38
4.3. Criterios de inclusión y exclusión.....	38
4.5. Procedimiento para la recolección de datos.....	39
4.4.Procedimientos para garantizar aspectos éticos en la investigación.....	39
4.5. Instrumentos.....	39
4.6. Técnica de procesamiento y análisis de datos.....	39
CAPÍTULO V: RESULTADOS Y DISCUSION.....	41
5.1. Resultados.....	42
5.2. Discusión.....	54
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	58
Conclusiones.....	58
Recomendaciones.....	58
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	59
ANEXOS.....	66

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar cuáles son los factores clínico- epidemiológicos asociados a la no adherencia al tratamiento profiláctico con isoniazida en pacientes con VIH en el Hospital Nacional de Policía periodo 2011 –2015.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio Observacional, Retrospectivo y Analítico. Se recolectó información a partir de una ficha de recolección de datos, basado en la información registrada en las historias clínicas y la ficha de quimioprofilaxis, de pacientes infectados con el VIH mayores de 18 años que habían recibido profilaxis con isoniazida durante 12 meses en el Consultorio de Enfermedades Infecciosas.

RESULTADOS: De 52 registros de pacientes analizados, la edad media fue de 37.5 años y 76.9% eran varones y que los menores de 29 años que no se adherían al tratamiento, correspondían al 44.4%. También, la tasa de adherencia al tratamiento profiláctico fue de 61.5%. quienes consumieron algún tipo de sustancia nociva no se adhirieron en un 66.6%. En el análisis bivariado, se obtuvo que los pacientes de sexo femenino 4.66 veces no adherentes al tratamiento profiláctico, así como aquellos pacientes que no tenían apoyo familiar tenían 6.6 veces la probabilidad de no adherirse al tratamiento profiláctico

CONCLUSIONES: La tasa de adherencia global fue de 61.5%. Se encontró asociación estadísticamente significativa para el sexo femenino y el apoyo familiar. .

Palabras clave: adherencia al tratamiento, profilaxis, Tuberculosis, VIH,

ABSTRACT

OBJECTIVE: To determine the clinical-epidemiological factors associated with non-adherence to prophylactic treatment with isoniazid in patients with HIV at the National Police Hospital during 2011-2015

MATERIALS AND METHODS: Observational, Retrospective and Analytical Study. Data were collected from a data collection record, based on the information recorded in the medical records and the chemoprophylaxis record, of HIV-infected patients over 18 years of age who received isoniazid prophylaxis for 12 months in the Office of Infectious Diseases.

RESULTS: From 52 records of patients analyzed, the mean age was 37.5 years and 76.9% were men and 44.4% of those younger than 29 years who did not adhere to treatment. Also, the rate of adherence to prophylactic treatment was 61.5%. Those who consumed some type of harmful substance did not adhere to 66.6%. In the bivariate analysis, it was obtained that female patients 4.66 times non adherent to prophylactic treatment, as well as patients who do not have experienced family support 6.6 times the probability of not adhering to prophylactic treatment

CONCLUSIONS: The overall adherence rate was 61.5%. We found a statistically significant association for the female sex and the family support.

Key words: adherence to treatment, prophylaxis, Tuberculosis, HIV,

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Distribución de la adherencia al quimioprofilaxis con isoniazida en pacientes con Isoniazida del Hospital de Policía periodo 2011-2015.

Tabla 2. Distribución por años de quimioprofilaxis con isoniazida y su relación con la adherencia a quimioprofilaxis en pacientes con VIH del Hospital de Policía periodo 2011-2015.

Tabla 3. Distribución del sexo en los pacientes con VIH que recibieron quimioprofilaxis con isoniazida en el Hospital de Policía periodo 2011-2015.

Tabla 4. Tabla de contingencia con prevalencia para cada variable.

Tabla 5. Nivel de asociación bivariado de los factores de adherencia al tratamiento profiláctico con isoniazida en los pacientes con VIH en el Hospital de Policía periodo 2011-2015.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Distribución por edades en pacientes con VIH que recibieron quimioprofilaxis con isoniazida en el Hospital de Policía periodo 2011-2015.

Gráfico 2 Distribución del estado civil de los pacientes con VIH que recibieron quimioprofilaxis con isoniazida en el Hospital de Policía periodo 2011-2015.

Gráfico 3. Distribución del consumo de drogas en los pacientes con VIH que recibieron quimioprofilaxis con isoniazida en el Hospital de Policía periodo 2011-2015.

Gráfico 4. Distribución del consumo de drogas en los pacientes con VIH que recibieron quimioprofilaxis con isoniazida en el Hospital de Policía periodo 2011-2015.

Gráfico 5. Distribución del nivel educativo en los pacientes con VIH que recibieron quimioprofilaxis con isoniazida en el Hospital de Policía periodo 2011-2015.

Gráfico 6. Distribución del apoyo familiar en los pacientes con VIH que recibieron quimioprofilaxis con isoniazida en el Hospital de Policía periodo 2011-2015.

Gráfico 7. Distribución del apoyo familiar en los pacientes con VIH que recibieron quimioprofilaxis con isoniazida en el Hospital de Policía periodo 2011-2015.

Gráfico 8. Distribución de la relación familiar en los pacientes con VIH que recibieron quimioprofilaxis con isoniazida en el Hospital de Policía periodo 2011-2015.

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 LÍNEA DE INVESTIGACIÓN Y LUGAR DE EJECUCIÓN

- El presente trabajo se desarrollará dentro de la norma técnica del Minsa para profilaxis de Tuberculosis; cuya ejecución será realizada en el Servicio de Enfermedades Infecciosas del Hospital Nacional Luis N. Sáenz- Jesús María, la cual se encuentra acorde a las Prioridades de Investigación 2016-2021 del INS y de las prioridades de investigación del INICIB-URP, esta investigación corresponde a Enfermedades Crónicas Transmisibles: TBC y VIH.

1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los síntomas respiratorios se presentan en un 70% de las personas infectadas por el VIH; las cuales en su mayoría corresponden a enfermedades indicadoras de estadio SIDA, como lo es la Tuberculosis la cual se asocia a una alta tasa de mortalidad, por lo que se debe considerar en todo paciente con tos y expectoración por más de quince días, especialmente en personas con VIH (1), el número total de los casos de ambas epidemias ha seguido aumentando, ya que el VIH condiciona al incremento del riesgo para reactivar la TB latente en el organismo.(2)

La Tuberculosis es una enfermedad de interés en salud pública, que genera altos costos, según la OMS, siendo la causa principal de mortalidad para las personas con VIH; en 2015 cerca de 0.4 millones de personas enfermaron de tuberculosis y 1,8 millones murieron a causa de la misma, entre ellos, 0.4 millones de personas con VIH, 35% de las muertes asociadas al VIH se debieron a la tuberculosis. En 2014 aproximadamente, una tercera parte de las personas infectadas por el VIH en todo el mundo padecían tuberculosis. En 2014, alrededor de 400 000 personas murieron a causa de la tuberculosis asociada con la infección por el VIH. En 2014 representaban alrededor de 1,2 millones los nuevos casos de tuberculosis en personas infectadas por VIH y el 74% de ellas vivía en África. Además de que en el 95% de las muertes por tuberculosis se presentan en países de ingresos bajos y medianos (3)

Se conoce que ambas infecciones producen sinergismo, por parte de la TB se acelera la evolución del VIH esta lleva a la resistencia a fármacos los que impiden el buen desarrollo de los programas destinados a combatir la TB los cuales han venido adecuándose a las necesidades del entorno haciendo hincapié en buscar un diagnóstico precoz, certero y al alcance de todos (4).

El tratamiento antirretroviral (TAR), es el factor más importante en la reducción de mortalidad en pacientes con TB y VIH. Y a su vez para la prevenir la TB en los pacientes con VIH se utiliza la profilaxis con isoniazida (INH). En 2013, solo 14 de los 41 países con la más grande tasa TB/VIH mencionaron proporcionar profilaxis con INH las personas con VIH (5,6)

En el país, se incorpora el tratamiento quimioprolifáctico con isoniazida en los pacientes diagnóstico de VIH, iniciándose aun años posteriores a la fecha establecida de 1994. (6)

La eficacia del tratamiento profiláctico con Isoniazida en personas con VIH ha quedado claramente demostrada, y recomendada por la OMS para combatir la infección de TB latente en pacientes con VIH y que tienen un PPD positivo, o en regiones donde la prevalencia es elevada como es el caso del Perú; sin embargo en la actualidad existen muchos pacientes que no culminan la profilaxis por diversos factores, esto conlleva a resultados negativos (1)

La no adherencia al tratamiento impacta negativamente en la salud y la calidad de vida de los pacientes aumentando los costos del tratamiento, llevando a la cronicidad o incluso la muerte, lo que a su vez llevará a los pacientes a utilizar esquemas de segunda línea, fracasos terapéuticos, aumento de las hospitalizaciones repercutiendo desfavorablemente tanto económica como socialmente, incluyendo al entorno familiar, especialmente en poblaciones de riesgo como los pacientes VIH

La no adherencia a las terapias farmacológicas es un gran problema, ya que conlleva a fracasos terapéuticos, aumento de las hospitalizaciones y de

presupuestos sanitarios, especialmente en poblaciones de riesgo como los pacientes VIH. (7)

En España, se encontró que la no constitución de una familia en el entorno del paciente, es una de las causas del abandono del tratamiento (8); así mismo en México, se encontró que en el ámbito familiar, la propia familia asume la responsabilidad del enfermo ya que puede sentirse útil, necesario y querido de esta manera se ve que el paciente recibe un gran estímulo para no abandonar el tratamiento con la finalidad de curarse (9). A pesar de que se sospechan diferencias de género en la adherencia al tratamiento, no se han encontrado referencias explícitas sobre hallazgos en las investigaciones revisadas.

El consumo de drogas y alcohol resulta contraproducente asociado al tratamiento de la enfermedad, y evidencia el nivel del riesgo ante la tuberculosis para los pacientes. En los países desarrollados, la tuberculosis afecta preferentemente a individuos pertenecientes a grupos de riesgo, en los que se mencionan los individuos con hábitos tóxicos (10). Se encontró que en los que abandonaron el tratamiento, se presentó un alto porcentaje uso y abuso de sustancias nocivas.

Por lo tanto consideramos importante que los pacientes con VIH, tengan oportunidad para informarse y reflexionar respecto a cómo se podría prevenir el desarrollo de tuberculosis en ellos, ya que en muchos casos los pacientes por diversos factores abandonan la profilaxis, y esto podría conllevar a farmacorresistencia, con lo cual en este estudio buscamos encontrar las posibles causas del fallo en la adherencia al tratamiento profiláctico con Isoniazida. De esta manera nuestra investigación buscó estudiar los factores que guardaron relación con los pacientes. Tomaremos a toda la población del hospital de Policía, con diagnóstico de VIH que reciba o no tratamiento profiláctico con isoniazida para realizar nuestra investigación y resolver la interrogante de nuestro problema presentado.

Con todo mencionado en líneas anteriores, nos planteamos la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son los factores clínico- epidemiológicos asociados a la no adherencia al tratamiento quimioproláctico con isoniazida en pacientes con VIH en el Hospital Nacional de Policía periodo 2011 –2015?

1.3. JUSTIFICACIÓN

JUSTIFICACION ECONOMICA

El presente trabajo tiene en cuenta la importancia de la tuberculosis en la morbimortalidad de personas viviendo con VIH a nivel mundial, y sobre todo en países en vías de desarrollo, como el Perú, ya que La tuberculosis es una enfermedad de importancia en salud pública, que genera altos costos, que con una buena prevención y cuidados se pueden disminuir las tasas del mismo.

JUSTIFICACION SOCIAL

La Tuberculosis en asociación al VIH, se presenta como unas principales causas de mortalidad mundial. Así se presenta que las muertes por VIH en el mundo ascendieron a 1,2 millones de víctimas en 2014, y en ellas, 0,4 millones fallecieron a consecuencia de la TB (5).

En las Américas, la OMS estimó 31 000 casos nuevos de TB infectados con VIH. Los países notificaron, entre los casos nuevos y previamente tratados de TB, 20 800 coinfectados con VIH, cifra ligeramente superior a la del 2011. La incidencia estimada de TB/VIH de 11.4 por 100 000 habitantes, es la segunda más alta después de África. El 94% los casos esperados de TB/VIH estarían en 10 países. 57% de los 233 000 casos nuevos y previamente tratados de TB notificados conocían el resultado de la prueba de VIH y de ellos el 16% estaban infectados con el virus. La proporción de pacientes de TB a quienes se les realiza la prueba de VIH varió de 43% en 2007 a 57% en 2012, persistiendo una gran brecha en la detección del VIH entre casos con TB, con diferencias importantes entre Suramérica y las otras subregiones. Cuatro países de los 12 prioritarios para TB aplican pruebas de VIH a más del 80% de sus casos de TB. Solo 8 países

informaron haber realizado tamizaje para TB en aproximadamente 5 000 personas con VIH (11).

Según la Organización Panamericana de Salud (OPS), la tuberculosis es una de las primeras causas de muerte entre quienes viven con VIH. Según datos de los países de la región que reportan, el 57% de los pacientes notificados con tuberculosis (20.800) fueron testeados para VIH en 2012. El 16% obtuvo un resultado positivo y de ellos, el 77% comenzó el tratamiento antirretroviral., además se señala que “Una mayor colaboración entre los programas de VIH y TB puede reducir la carga de tuberculosis entre las personas viviendo con VIH, disminuir la carga de VIH entre los pacientes con TB y reducir las muertes asociadas a estas dos enfermedades”, afirmó Ghidinelli en dicha conferencia. (12)

La Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de La Tuberculosis establece que la asociación TB – VIH notificada en el año 2006 representa el 1.8% de la morbilidad por tuberculosis en general y reporta una tasa de incidencia de comorbilidad TB - VIH de 2,29 x 100 000 habitantes (13). En cambio la ocurrencia de la TB como infección oportunista en pacientes con VIH/SIDA en el Perú, es alta y de mal pronóstico, la mitad de los pacientes con SIDA en el Perú llegan a Tuberculosis en algún momento de la enfermedad. Esto se ha reducido sustancialmente desde el inicio de TARGA por el Ministerio de Salud desde mayo de 2004.(14).

La terapéutica contra la tuberculosis en pacientes con VIH/ SIDA es la misma y sigue los mismos principios que en personas inmunocompetentes, con muy pocas excepciones pero siempre con los mismos objetivos del tratamiento (15).

JUSTIFICACION SANITARIA O DE SALUD PÚBLICA

Por lo tanto es importante el desarrollo de esta tesis porque de acuerdo a los resultados obtenidos se tendrán los conocimientos de la situación actual en que nos encontramos el manejo de la prevención de tuberculosis en pacientes con VIH en el hospital estudiado, y así determinar las medidas necesarias de mejora en el manejo de la prevención de Tuberculosis.

Tanto las referencias foráneas como nacionales, afirman de que el paciente con VIH tiene un mayor riesgo de desarrollo para TB es por ello la importancia de recibir profilaxis con Isoniazida, a pesar de que pueda existir la posibilidad de abandono y resistencia al medicamento llevando consigo a formas mas graves de TB.

Como ejemplos en la literatura internacional tenemos estudios que indagaron en lo referente a los factores asociados con el cumplimiento de la TB y diabetes, pero encontrándose escasos estudios referentes al tema de la pregunta de investigación. En el país y en la región son pocos los trabajos en lo que respecta a este tema, por lo cual es necesario investigarlo, buscando qué factores personales estarían en relación con el cumplimiento de la terapia preventiva de modo que puedan ser reforzados en este grupo de estudio, mejorando así el cumplimiento, y como consecuencia reduciendo la tasa de multidrogoresistencia descrita en nuestro medio(16).

Por lo expuesto, la comprensión de esta compleja interacción de factores con mayor claridad es esencial para la salud que toman las decisiones sean capaz de alcanzar el nivel de adherencia necesaria para mitigar eficazmente la amenaza planteada por la coinfección de tuberculosis y VIH / SIDA en los países en desarrollo

1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

1.4.1 Objetivo general

Identificar los factores clínico- epidemiológicos de no adherencia al tratamiento con isoniazida en los pacientes co VIH del Hospital Nacional Luis N. Sáenz periodo 2011-2015

1.4.2 Objetivos específicos

1. Identificar la tasa de adherencia a la quimioprofilaxis con isoniazida en pacientes con VIH.
2. Identificar los factores clínicos asociados a la no adherencia al tratamiento con isoniazida en los pacientes con VIH

3. Identificar factores epidemiológicos asociados a la no adherencia al tratamiento con isoniazida en los pacientes con VIH
4. Identificar la relación entre el uso concomitante de otros medicamentos y la isoniazida y la no adherencia en los pacientes con VIH
5. Identificar la relación de apoyo familiar y la no adherencia al tratamiento con isoniazida en los pacientes con VIH

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION

ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Gracia A. Shayo, en 2015, señaló que la correcta adherencia a la terapia preventiva con isoniazida (TPI) puede depender de los resultados de la prueba para detectar tuberculosis y la comprensión del riesgo de desarrollar TB , llevando a cabo un estudio para evaluar el perfil de aceptabilidad, adherencia y finalización de IPT entre los pacientes infectados por el VIH que fueron examinados clínicamente para tuberculosis latente (TL). Los pacientes que no presentaron síntomas en la herramienta de evaluación se les dio 300 mg de isoniazida (INH) al día durante 6 meses. Los pacientes fueron seguidos mensualmente en las clínicas de VIH del hospital Municipal y Nacional el suministro de INH y evaluación de la adherencia al tratamiento. Definiendo la adherencia como el consumo de 90% o más de la prescripción mensual de INH. Resultados: 1.283 pacientes fueron reclutados en el estudio. Veintiocho (2,2%) no culminó el tratamiento. Aquellos que no completaron el tratamiento eran exclusivamente adultos de 18 años o más, $p = 0,302$. La media global (\pm DE) de la adherencia fue del 98,9% (\pm 2,9). Nivel de adherencia entre los niños de <18 años (92,2%) fue significativamente menor que el nivel de adherencia entre los pacientes con edades de 18-29 años (98,3%), 30-49 años (98,8%) y \geq 50 años (98,5), p -valor = 0,011. Sexo, ocupación, estado socioeconómico, la duración de la infección por el VIH, al estar en medicamentos antirretrovirales (ARV) y la duración del uso de ARV no se asociaron con la adherencia. (26)

Un estudio realizado por Rockwood y cols, en el año 2015 indicaron que la falla en el tratamiento profiláctico puede deberse a la resistencia adquirida a la isoniazida, la misma que puede deberse a diversas causas, entre ellas la coinfección por el VIH, el estado de repetición del tratamiento y los factores de programación, tales como los regímenes auto administrados y un tratamiento directamente observado.; es por ello que realizaron una revisión sistemática de estudios clínicos de la etiología multifactorial para la generación de resistencia a la rifampicina e isoniazida, utilizando estudios de casos y controles y estudios de cohortes y ensayos controlados aleatorios que informaron la resistencia al

tratamiento. El metanálisis de 8 estudios mostró que la coinfección por el VIH se asoció con un mayor riesgo de resistencia (RR 3,02; IC del 95%: 1,28 a 7.11). La falta de adherencia, enfermedad extrapulmonar o enfermedad diseminada y la inmunosupresión avanzada en la coinfección por VIH fueron otros factores de riesgo mencionados más resaltantes. Ahí Se observó una tendencia de asociación positiva con la falta de adherencia que es probable que contribuya al resultado de resistencia. (27).

Entre las diversas investigaciones, se encuentra el estudio realizado por Gavin J. Churchyard y cols en 2014, en mineros de Sudáfrica, , incluyendo al grupo de intervención (27,126 mineros (que constituía un 66,2%)) a los cuales se les realizó una prueba para tuberculosis, la cual si daba positivo se iniciaba tratamiento profiláctico de 9 meses con isoniazida. De estos mineros, 23.659 (87,2%) comenzaron a tomar isoniazida. Esta intervención no redujo la incidencia de la tuberculosis, con tasas de 3,02 por cada 100 personas en los grupos de intervención y 2,95 por 100 personas en los grupos de control. El análisis del efecto directo de la isoniazida en 10.909 mineros mostraron una reducida incidencia de la tuberculosis durante el tratamiento (1.10 casos por cada 100 persona-años entre los mineros que reciben isoniazida frente a 2,91 casos por cada 100 persona-años entre los controles. Por lo que se concluyó que el cribado masivo y tratamiento para la tuberculosis latente no tuvieron un efecto significativo sobre control de la tuberculosis en las minas de oro de Sudáfrica, a pesar de la utilización con éxito de isoniazida para prevenir la tuberculosis durante el tratamiento (17).

En la revisión de Titilola Makanjuola, y cols (2014), buscaron los principales obstáculos a la adhesión a la terapia preventiva con isoniazida en personas con el diagnóstico de VIH, realizando búsquedas en bases de datos, de esta manera se determinó que muy aparte de la influencia de las características personales, se identificaron cinco temas principales : las creencias personales individuales; tratamiento y otras cuestiones relacionadas con VIH; Factores socioeconómicos; Familiares y otros factores de apoyo social, y las relaciones con los proveedores de salud. La revisión confirma la comprensión actual de la

adherencia al tratamiento como la influencia de los pacientes a comprender y creencias relacionadas con los regímenes de tratamiento. Esto se a su vez influenciada por factores más amplios, a saber: factores socioeconómicos como la pobreza y la falta de servicios de salud; el nivel de apoyo disponible para los pacientes de la familia y otras redes y el estigma que emana de estas relaciones; y las relaciones con los proveedores de salud, que a su vez se convierten en un asunto importante; cuestiones relacionadas con el tratamiento del VIH también influyen en la adherencia a la quimioprofilaxis, por lo que los desafíos relacionados con la aceptación, organización y administración de estos dos regímenes de tratamiento a largo plazo y el estigma relacionados con el VIH / SIDA, se observa que son los principales factores (18).

Estudio realizado por Kelemu Tilahun Kibret (2013), En este estudio, entre los factores determinantes, el estado civil se asoció significativamente con la tuberculosis. En los pacientes divorciados o viudos, tenían menos probabilidades de desarrollar TB en comparación con los solteros. Lo cual se podría explicar porque las personas solteras son más jóvenes que las personas casadas y tienen un estilo de vida diferente, especialmente los varones, que a menudo migran a las ciudades en busca de un trabajo en el que viven solos o con amigos. El tabaquismo fue identificado como factor de riesgo para el desarrollo de la tuberculosis en el estudio de casos y controles basados en la clínica en África occidental. Sin embargo, en un estudio de casos y controles en Gambia, el tabaquismo no se asoció con tuberculosis activa. Del mismo modo, en este estudio no fumar se asoció con la aparición de la tuberculosis en el análisis multivariante. Esto podría ser debido a la baja prevalencia del consumo de tabaco en la población estudiada. Además, los pacientes que tienen un nivel de hemoglobina de ≤ 10 mg / dl tienen 2,4 veces más riesgo de desarrollar tuberculosis que aquellos pacientes que tienen niveles de hemoglobina ≥ 12.5 mg / dl, similar al de otros hallazgos del estudio en el suroeste de Etiopía. Esto demuestra que los pacientes que tienen un mayor nivel de hemoglobina eran menos propensos a desarrollar la tuberculosis que aquellos con niveles bajos de hemoglobina. La tuberculosis y el nivel de hemoglobina podrían estar asociados indirectamente con la etapa avanzada de la enfermedad del VIH. (28)

Gust y cols (2011), realizaron un estudio en el que 1995 participantes recibían sus medicamentos mensualmente, esperando que tomaran isoniazida o placebo diariamente por tres años. Los hombres tenían mayores probabilidades de ser no adherente (OR ajustado (AOR), 2,24; intervalo de confianza del 95% [IC 95%] 01.24 a 04.04) y perdió durante el seguimiento (AOR 3,08; IC del 95%: 1,50 a 6,33), pero otras variables como el empleo, la distancia de la clínica, el consumo de alcohol, y los requisitos del estudio entendimiento no fueron significativamente diferentes de los controles. Entre los participantes que eran no adherente o perdidos durante el seguimiento, 40/210 (19,0%) informaron de que el medicamento se detuvo debido a compromisos de trabajo y 33/210 (15,7%) dijeron que pensaban que habían completado el estudio. De esta manera se determinó que los hombres tenían mayor probabilidad de no adhesión y pérdidas durante el seguimiento que las mujeres. (19).

Mindachew y cols (2011), realizó un estudio transversal en cuatro hospitales en Addis Abeba. De un total de 319 persona (97,5%) participaron en este estudio. La tasa de adhesión dosis fue del 86,5%. Aquellos individuos que recibieron explicación sobre la profilaxis de los proveedores de salud (OR = 7,74; IC del 95%: 3.144, 19.058); que tenía buenas sensaciones / cómoda de tomar el tratamiento en frente de otras personas [OR = 5,981; IC del 95% (2.308, 15.502)] y que asistió a la cita clínica regularmente (OR = 4,0; IC del 95%: 1.062, 15.073) eran más propensos a que se adhiran a terapia que los participantes que desarrollaron efectos adversos relacionados con el la terapia los cuales eran 93% menos propensos a adherirse a las dosis prescritas (OR = 0,065; IC del 95%: 0,024, 0,179). Llevando a la conclusión de que la falta de adherencia fue mayor para quienes no recibían adecuadas pautas provenientes de sus fuentes de salud, ya que ellos no les indicaban los efectos adversos del tratamiento en si (21).

Kefyalew T. Garie y cols 2011. Realizó un estudio de cohorte prospectivo de los niños <15 años de edad en contacto con adultos con baciloscopia positiva para TB. Se proporcionaron los niños asintomáticos ≤ 5 años IPT independientemente de su estado de Prueba de la tuberculina y los niños > 5 años de edad se les dio consejos, pero no recibieron IPT (TST), Se identificaron ciento ochenta y cuatro

niños en contacto con caso de TBC . Ochenta y dos eran ≤ 5 y $102 > 5$ años de edad. Sólo 27 (33%) de 82 niños que recibieron IPT daba por > 4 meses y 10 (12%) completaron el curso de 6 meses. La razón principal por incumplimiento fue la percepción de que las drogas no eran necesarias cuando el niño estaba sano. Once niños (todos excepto uno > 5 años) desarrollaron síntomas de la enfermedad de la tuberculosis e iniciaron el tratamiento, lo que resulta en una incidencia de 28,6 casos por todas y 53,5 para los niños > 5 años de edad por cada 1000 niños-año. (25)

Mindachew(2011), realizó un estudio transversal en los hospitales más grandes de Etiopía y al servicio de la mayoría de los pacientes con VIH en dicho país. Los registros hospitalarios muestran que del total de 1808 adultos que toman la TIP en toda la Etiopía, 1.303 de ellos asistían a estos hospitales, De los participantes en el estudio propuesto, 319 (97,5%) fueron incluidos en este estudio. Ciento veinte y cuatro (38,9%) eran varones y su edad oscilaba entre 22 y 71 años con una edad media (DE) de 38 ($\pm 10,6$), 125 (39,2%) estaban casados.

Amuha y Cols (2009), realizaron un estudio transversal con los métodos de recolección de datos cualitativos y cuantitativos entre adultos con tuberculosis VIH / co-infectadas en el hospital de Mbarara de enero a marzo de 2008 La prevalencia de la no adhesión fue del 25% (IC del 95% = 17,8 a 32%). Al estar en fase continua del régimen de tuberculosis se asoció significativamente con la falta de adherencia (OR = 6,24, $p < 0,001$). (22)

Kwara y cols (2008) realizaron un análisis en pacientes que no pudieron completar vs los que completaron los 9 meses de la terapia con isoniazida en la clínica RISE TB (Hospital Miriam, Providence, RI) en el año 2003. De 845 pacientes con infección latente, 690 pacientes (81,6%) iniciaron la terapia INH, de los cuales 426 pacientes (61,7%) completaron el tratamiento, y 246 pacientes (35,6%) se perdieron durante el seguimiento. El tratamiento se suspendió en 18 pacientes (2,6%). Los pacientes que no completaron el tratamiento eran más jóvenes (edad media, 30,6 vs 33,8 años, respectivamente; $p = 0,006$), y eran más propensos a no tener seguro médico (42,9% vs 29,8%, respectivamente; $p = 0,0004$), y para informar los efectos secundarios del tratamiento (54,8% vs 30,1%, respectivamente; $p < 0,0001$). Los efectos secundarios del tratamiento

reportados (odds ratio [OR] = 3,6; 95% intervalo de confianza [IC], 2.2 a 6.2) y la falta de seguro médico (OR, 1,7; IC del 95%, 1.1 a 2.7) fueron asociados cada uno a no completar el tratamiento en un modelo que incluye ambos. Además, las mujeres embarazadas eran más propensas que las mujeres no embarazadas a no iniciar el tratamiento (52,1% vs 14,7%, respectivamente; $p < 0,0001$). Obteniéndose que los pacientes que no completaron el tratamiento eran jóvenes, mujeres embarazadas o después del parto, sin seguro, y / o efectos secundarios del tratamiento (20).

Munseri y sus cols (2008), explicaron que la tasa de adherencia es baja para las mujeres en comparación con los hombres, las mujeres en este estudio manifestaron que no querían que su estado de VIH sea revelado por el temor de la separación de sus cónyuges; esto resalta aún más las complejas interacciones entre los diferentes factores principales por el cual los valores de género en los entornos socio-culturales específicos influyen significativamente al desarrollo de la tuberculosis en PVVS, para inducir una capacidad diferencial de hombres y mujeres a revelar su estado (23)

Munro (2007), indicó que el apoyo familiar, incluida la asistencia financiera, la recogida de la medicación, y el apoyo emocional, parecían ser una fuerte influencia en la adherencia al tratamiento, ya que en algunos casos, los pacientes en tratamiento volvieron cada vez más desmoralizado y con más probabilidades de ser adherente como apoyo a la familia debilitada. Tener familiares quienes observan el tratamiento del paciente fue considerado la posibilidad importante para algunos pacientes, especialmente si el observador era un tomador de decisiones en la familia, o un miembro de la familia respetada. Los esposos y el apoyo de otros hombres se consideran importantes para pacientes de sexo femenino. En el estudio se observó que los pacientes también podrían apoyarse unos a otros a través de su ciclo de tratamiento (24).

Los pacientes que desarrollaron efectos adversos relacionados con el IPT eran 93% menos propensos a adherirse a las dosis prescritas (OR = 0,065; IC del 95%: 0,024, 0,179). Los participantes del estudio que tenían buena sensación/ cómoda de tomar IPT tenían 6 veces más probabilidades de adherirse a la medicación prescrita (OR = 5,981; IC del 95%: 2.308, 15.502). Este estudio

reveló una tasa de prevalencia global de IPT tasa de adhesión de 276 [86,5%] (29)

Li J. (2010) llevo a cabo un estudio en los pacientes que iniciaron TIP en las clínicas Nueva York (NYC) del Departamento de Salud durante enero 2002 a agosto 2004 , encontrado que de total de 15 035 pacientes , 6788 (45,2%) completaron TIP, en este mismo grupo, eran más propensos que los que no finalizaron a ser mayores e iguales a 35 años de edad (52,5%, el riesgo relativo ajustado (RRA) = 1,2, 95% intervalo de confianza (IC) = 1.1, 1.2). La tasa de terminación con un régimen de isoniazida no fue diferente entre las personas infectadas por el VIH y no infectadas por el VIH (30)

Makanjuola (2014), identificó a partir de datos cualitativos en la literatura publicada los principales factores que impiden la adhesión a la terapia preventiva con isoniazida (TPI) entre las personas que viven con el VIH / SIDA (Realizando búsquedas en MEDLINE y EMBASE de artículos publicados en revistas científicas en diciembre de 2011) que además de la influencia de las características personales, se identificaron otras variables principales, tales como las creencias personales, tratamiento y otras cuestiones relacionadas con VIH , factores socioeconómicos, familiares y otros factores de apoyo social, y las relaciones con los proveedores de salud . Los participantes en los estudios incluidos describen las dificultades de mantener un suministro regular de medicamentos cuando sea necesario mientras debían trabajar, los participantes tenían más probabilidades de no aparecer durante el tratamiento en los casos en que tenían que pedir permiso a sus patrones. La familia y sus relaciones con los demás determinan que los pacientes se sientan cómodos al tomar IPT; adema del apoyo y el aliento de su cónyuge, trabajadores de la salud familiar y comunitaria y la preocupación por los familiares facilitaron la adhesión a IPT. (31)

Comolet y cols, identifico aquellos factores personales que eran relevantes y se encontraban en relación a la no adherencia en el tratamiento; sus estudios revelaron que los factores socio demográfico, psicológico y del comportamiento del paciente guardan relación en relación con la terapia preventiva. También mencionan que la no adherencia al tratamiento guarda relación con el sexo del

paciente el cual fue más significativo en los varones 76%; la información que se le proporciona al paciente; y el nivel de comunicación entre los pacientes y el personal de salud (41).

Lo planteado por Braithwaite y col. en el estudio “Conocimientos y actitud de los presos en relación con la profilaxis al tratamiento terapéutico” indicaron que al tener el paciente el diagnóstico de VIH debe recibir una serie de medicamentos adicionales tales como cotrimoxazol, fluconazol, isoniazida, terapia antiviral, por lo que pudiese ser una de las razones para una mala adherencia dificultando la continuidad y el cumplimiento (42).

ANTECEDENTES NACIONALES

Bonilla (2016) en su tesis, identificó aquellos factores asociados con el abandono del tratamiento en pacientes con tuberculosis multidrogorresistente (TB MDR) en la región Callao. Encontrando que aquellos factores de riesgo como: sujetos que no tenían conocimiento acerca de la enfermedad, el no creer en su curación, pacientes sin apoyo social, quienes consideraba no adecuado el horario del establecimiento de salud para la administración de medicamentos, Aquellos que no recibieron información del personal de salud, presentaron significancia estadística y de esta manera pudiese contribuir a la no adherencia del tratamiento. (53)

Vargas (2012) identificó que aquellos factores en relación a no adherencia a tratamiento son: consumo de alcohol, con 4 veces mayor riesgo de abandonar el tratamiento OR: 4.575 (1.757 – 11.907), consumo de drogas con 29 veces más riesgo de abandono OR: 29.263 (3.549 - 241.280). Además de destacar que los factores relacionados con el tratamiento, no representan riesgo de abandono del mismo. Mientras que aquellos factores relacionados con el ambiente o entorno del paciente (apoyo familiar, el apoyo del entorno laboral y el apoyo social) aumentan la adherencia. Por otra parte los dependientes a los establecimientos de salud (buena relación personal de salud- paciente, buena organización del estreñimiento) evitan el riesgo de abandono (53).

Salazar López (2012), describió aquellos factores dependientes del paciente asociados con el cumplimiento de la quimioprofilaxis en pacientes con VIH, en el Hospital Dos de Mayo, indicando que la adherencia en la población fue de 19 %, a su vez de que dicho cumplimiento se encontraba relacionado a factores no modificables como la edad, la cual obtuvo mejor adherencia para los pacientes mayores de 40 años (10).

2.2 BASES TEORICAS

2.2.1 Tuberculosis:

La tuberculosis (TB) es una enfermedad infecto- contagiosa que suele afectar pulmones y hasta en 33 % de los casos hay afección de otros órganos. Si se trata correctamente, cura prácticamente en todos los casos, pero sin tratamiento del 50 a 65% de los enfermos pueden morir en un plazo de 5 años. El contagio suele ocurrir por vía aérea, a través de las gotitas que expulsan los pacientes con tuberculosis pulmonar contagiosa. (32)

La TB se encuentra estrechamente relacionada con índices de pobreza, de hacinamiento y desnutrición; además de que el 98 % de las muertes se notifican en países en vías de desarrollo. Pese al esfuerzo de entidades como OMS en la lucha contra dicha enfermedad, en América, la TB continúa siendo problema de salud pública. En el 2009, hubo 60 % de casos nuevos, dentro de los cuales se mencionan a países como Brasil, Perú, Haití y México. (33)

2.2.1.1 Etiología

El Bacilo de Koch es un aerobio y crece mejor en contacto con el aire y pertenece al grupo mycobacteriaceas.

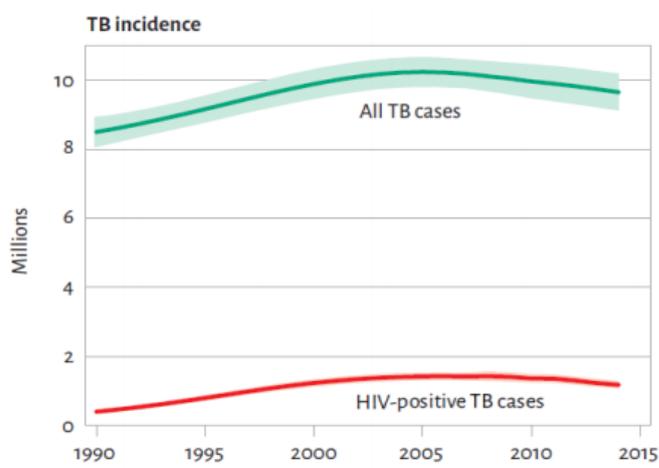
Cuando la enfermedad prolifera los síntomas más característicos son: astenia, palidez, tos crónica con esputo sanguinolento, fiebre, sudoración nocturna, anorexia y pérdida de peso. Por medio de la tos y el esputo se propaga el bacilo. (34).

Aproximadamente la tercera parte de los pacientes con tuberculosis, son asintomáticos.

Cuando el bacilo de Koch entra al organismo por las vías respiratorias, este se aloja en los pulmones, aquí se produce la primoinfección, luego se evidencian síntomas de tos, febrícula, etc. Ya en este punto pueden producirse dos situaciones: el sistema inmunitario autolimita la infección llevándola a ser latente sin manifestarse. O bien por el contrario el sistema inmune no controle la infección, volviéndose activa, pudiendo propagarse a a diferentes órganos. (35).

2.2.1.2 Epidemiología

En el 2014 la OMS estimó 9.6 millones de casos nuevos de tuberculosis (representado este a 133 casos por cada 10 000 habitantes): 5.4 millones entre los hombres, 3.2 millones en las mujeres y 1.0 millones en niños. Los 9,6 millones de casos de tuberculosis en 2014 incluyen 1,1 millones-1,3 millones (11-13%) de personas que viven con el VIH, con una mejor estimación de 1,2 millones (12%). (36)



2.2.2 VIH

El VIH es el virus que afecta los linfocitos T del sistema inmunitario, produciendo progresivamente, inmunodeficiencia (37). La inmunosupresión que acompaña al VIH implica per se el surgimiento de agentes oportunistas, los que son las principales causantes de la muerte de las personas con VIH, comparado a las muertes provocadas por el VIH, resultan ser mayores. Se tratan de infecciones

que el organismo sano sería capaz de combatir, pero que bajo su estado de inmunosupresión es incapaz de protegerse de ellas (38). De estas infecciones, la más frecuente es la Tuberculosis, esta tiene alta incidencia de asociación que puede servir como referencia para realizar el diagnóstico de la infección VIH (39). Se conoce que 78 millones de personas han contraído la infección por el VIH desde el comienzo de la epidemia y que 35 millones han fallecido a causa de enfermedades relacionadas con el sida. Las mujeres representan el **58%** del total de personas que viven con el VIH en África subsahariana. (46)

Las cifras en el Perú que se conocen hasta el momento indican que la epidemia de VIH se encuentra “concentrada” ya que la prevalencia en gestantes asciende a 0.23%. El 77 % casos notificados de SIDA son varones indicando este que actualmente la proporción de hombres/ mujeres sea de 3:1.

La mediana de la edad de casos de SIDA es de 31 años, entonces es posible que el 50% de los casos se hayan expuesto al VIH antes de cumplir los 21 años de edad (49).

La principal vía de transmisión es sexual 97% , madre a hijo 2% y parenteral 1%. (49)

2.2.3 COINFECCIÓN TB-VIH

El diagnóstico de la TB asociada al VIH es a menudo, un reto debido a la clínica y presentación radiológica atípica, siendo en pacientes VIH positivos el riesgo del 50%. (47) La contribución de la región de las Américas a la carga mundial de tuberculosis es apenas el 4% de todas las formas de la enfermedad, en el 2009 se estimaron 1,1 millones de nuevos casos de coinfección por tuberculosis y VIH en el mundo, de los cuales 24 000 correspondían a la Región de las Américas. (48) Una de cada 3 personas que mueren por sida tiene TB, y entre 8 y 10 % de todos los fallecimientos debido al VIH están relacionadas con la TB. Se estima que 9,5 % de los fallecimientos por causa de la TB en las Américas están asociados al VIH. El fallecimiento por TB es 4 veces mayor en pacientes coinfectados de VIH, comparado con los que solo padecen tuberculosis. La tasa de mortalidad en personas infectadas con TB y VIH es de 40 %. Al menos un tercio de los que padecen VIH en todo el mundo también están contagiados con

TB, lo que significa que tienen un riesgo mucho mayor de presentar esta enfermedad. Se conoce que manteniendo valores de linfocitos CD4 mayores a 200 pueden encontrarse infiltrados apicales, en contraste, cuando los valores de CD4 son menores a 200 hay mayor tendencia a la formación de adenopatías mediastinales correspondientes a reactivaciones. (33)

Al existir sinergismo entre estas dos enfermedades, se sabe que la tasa de replicación viral de la TB se incrementa por 160 y de esta manera se acelera la progresión de la infección por VIH al sida, llegando incluso a la muerte.

Se sabe que las formas farmacorresistentes de TB se han dado en lugares donde un gran número de pacientes seropositivos están en contacto directo. Por otra parte, el VIH es el “gran aliado” del bacilo de la tuberculosis, puesto que tiene la capacidad de destruir las células encargadas de la defensa antituberculosa (33).

Al progresar la caída de valores en los linfocitos CD4, se ve afectada la presentación clínica y el desarrollo de la tuberculosis, siendo el riesgo de progresión de la infección por TB a afección de 5 % en personas sin VIH en los primeros 2 años, y luego es menor de 5 % el resto de la vida. En personas con VIH ese riesgo es de 5 a 15 % por año, el que aumenta a mayor de 30 % durante el resto de la vida (33).

2.2.4 Quimioprofilaxis para persona con VIH/Sida

La OMS recomienda la administración de isoniazida (5mg/Kg) hasta un máximo de 300mg/día, durante 9 a 12 meses, como profilaxis en pacientes con PPD (+), contactos de pacientes con TB, trabajadores de salud y poblaciones selectas como presos y mineros. Otra medida preventiva del desarrollo de TB es la administración de terapia antiretroviral, que ha demostrado en países desarrollados inicialmente y recientemente en países en vías de desarrollo disminuir la incidencia de tuberculosis en especial en pacientes con LT CD4 < 100.

La Isoniazida (INH) ha sido utilizada tanto para la tuberculosis tratamiento y prevención. Los estudios iniciales que demuestran la eficacia de la TIP en la prevención de la enfermedad de la tuberculosis en personas con infección latente de TB se publicaron a finales de 1950 y principios sesentas (13)

Efectos secundarios.

Inicialmente todos los fármacos antituberculosos pueden producir un rash cutáneo de presentación y gravedad variable, por mecanismos no siempre bien definidos

Los valores de transaminasas elevados mayores al rango de 150-200 UI/L, hacen sospechar en la posibilidad de hepatotoxicidad (siendo entendida como necrosis hepatocelular o colestasis) y la normalización con el retiro del fármaco son compatibles con un cuadro de hepatitis medicamentosa (7). La hepatotoxicidad se debe a toxicidad directa de la droga o a un metabolito tóxico que formaría complejos con macromoléculas de las células hepáticas, siendo la respuesta inmune. La recomendación en casos de hepatitis es la suspensión del tratamiento, esperar la normalización clínica y de laboratorio y posteriormente identificación del fármaco causal (43). Estos efectos adversos pueden ser en parte prevenibles con un ajuste adecuado de las dosis. La neuropatía producida por la isoniacida requiere no sin sobrepasar los 300 mg día, mejora con suplemento de 50 mg de piridoxina al día. Se han descrito raros casos de convulsiones los cuales deben tratarse con dosis altas de piridoxina y diazepam. (44)

La intolerancia digestiva al tratamiento (acidez, náuseas, vómitos, dolor abdominal) se presenta en un 12%-36% de los casos sobre todo en las mujeres, en pacientes con antecedente de patología gastroduodenal, pacientes tratados con pautas con pirazinamida o que toman de forma simultánea otros tratamientos potencialmente gastroerosivos. (45)

2.2.5 Adherencia al tratamiento:

El cumplimiento o adherencia al tratamiento, es definido por la Real Academia Española como la acción y efecto de cumplir o cumplirse, además se refiere que *“el cumplimiento indica que el comportamiento de una persona coincida con las*

*prescripciones que ha recibido” y hacen la distinción con el término *adherencia* que implica la “participación y cooperación activa del paciente en la adhesión a la terapia” (40).*

La adherencia a un tratamiento se define como la coincidencia entre la conducta del paciente y lo que indica el personal de salud, (45) , esta se ve representada por una compleja interrelación de factores, de esta manera se considera ser multifactorial y cumpliendo dichos factores se logra una buena adherencia tratamiento; las principales variables son aquellos derivados del paciente y su entorno económico, cultural y social y de otros derivados de la enfermedad en sí, del tratamiento farmacológico y sus características, así como aquellos derivados de los servicios de salud y del personal que atiende al paciente (46).

Segun los criterios del Minsa y la norma técnica del programa de control contra la Tuberculosis se considera que aquel paciente que tiene adherencia al tratamiento profiláctico con isoniazida considerando las siguientes características:

Completa: persona viviendo con VIH que culmina los 12 meses de quimioprofilaxis consecutivos con un solo periodo de interrupción de 60 días después de la última vez

Incompleta: es la persona que viviendo con VIH recibe quimioprofilaxis de manera irregular y no completa los 12 meses de tratamiento, indicando que el paciente o el familiar no recogió las pastillas por más de 60 días después de la última vez que lo realizó (1).

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 HIPÓTESIS:

a. Hipótesis general

Los factores clínico epidemiológicos están asociados al fracaso de la adherencia al tratamiento quimioproláctico con isoniazida en disminuir el riesgo de tuberculosis en pacientes con VIH Hospital Nacional Luis N. Sáenz periodo 2010-2015

b. Hipótesis específicas:

1. HE1. La tasa de adherencia a la quimioprofilaxis con isoniazida es significativa en pacientes con vih.
2. HE2: Los factores clínicos están asociados a la no adherencia a isoniazida en pacientes VIH.
3. HE3: Los factores epidemiológicos están asociados a la no adherencia al tratamiento con isoniazida
4. HE4: El uso concomitante de otros medicamentos con isoniazida está asociado a la no adherencia en los pacientes con VIH
5. HE5: El apoyo familiar está relacionado a la no adherencia al tratamiento con isoniazida.

3.2. VARIABLES DE ESTUDIO

Variables estudiadas	Escala o categoría	Escala o medición	Tipo de variable	Relación de variable	Fuente principal	Definición conceptual	Definición de variable
Genero	Masculino	Nominal dicotómica	Cualitativa nominal	Independiente	Ficha de recolección de datos	constitución orgánica que diferencia el macho de la hembra	Género registrado en las historias clínicas
	Femenino						
Edad	Numérica	Discreta	Cuantitativa de razón	Independiente	Ficha de recolección de datos	Es el tiempo transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo agrupados en intervalos	Años cumplidos al momento de realización del estudio referidos por el entrevistado
Estado civil	Soltero	Nominal policotomica	Cualitativa nominal	Independiente	Ficha de recolección de datos	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.	Situación personal en que se encuentra o no una persona física en relación a otra en el momento de la realización del estudio.
	Casado						
	Viudo						
	Conviviente						
	Divorciado						
Nivel educativo	Primario	Nominal policotomica	Cualitativa nominal	Independiente	Ficha de recolección de datos	Es el grado más alto completado, dentro del nivel más avanzado que se ha cursado, de acuerdo a las características del sistema educacional del país, considerando tanto los niveles primario, secundario, técnico y universitario.	Grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos al momento del estudio.
	Secundario						
	Universitario						
	Técnico						
	Ninguno						
Consumo de alcohol	Si	Nominal dicotómica	Cualitativa nominal	Independiente	Ficha de recolección de datos	Aquella persona que no ha consumido una sola copa de alcohol en su vida	Detección de consumo de alcohol durante la quimioprofilaxis
	No						
Consumo de drogas	Si	Nominal dicotómica	Cualitativa nominal	Independiente	Ficha de recolección de datos	Al producirse con una frecuencia mínima y en cantidades pequeñas, normalmente no reporta al individuo consecuencias negativas (físicas, psicológicas o sociales)	Respuesta al momento de entrevista psicológica acerca de consumo de sustancias tóxicas durante la QP
	No						
Dependiente	Terminó quimioprofilaxis	Nominal dicotómica	Cualitativa nominal		Ficha de recolección de datos	Paciente se adhirió adecuadamente al tratamiento quimioprofiláctico sin periodos largos de interrupción durante 12 meses	Recibió profilaxis durante 12 meses consecutivos o con sólo un periodo de interrupción de 60 días después de la última vez
	Abandonó						El paciente no tomó la

	quimioprofilaxis						profilaxis seis meses en el periodo de un año.
Apoyo familiar	Económico	Nominal dicotómica	Cualitativa nominal	Independiente	Ficha de recolección de datos	Algún miembro de la familia había recogido al mes una vez las pastillas cuando el paciente no pudo hacerlo y/o le proporcionó dinero para comprar sus medicamentos y/o para que cubra los gastos.	Recibió apoyo económico durante la quimioprofilaxis
	Emocional					Algún miembro de la familia sabía y/o acompañaba el paciente al menos una vez el tiempo que tomó tratamiento	Recibió apoyo emocional durante la quimioprofilaxis
Uso de otras quimioprofilaxis concomitantes	si	Nominal dicotómica	Cualitativa nominal	Independiente	Ficha de recolección de datos	Conjunto de medidas que se toman para proteger o preservar de las enfermedades y que consiste en la administración de sustancias químicas.	Paciente recibió tratamiento preventivo para otras enfermedades oportunistas del VIH
	no						
Eventos adversos	Rash	Nominal politómica	Cualitativa nominal	Independiente	Ficha de recolección de datos	Hecho inesperado, no relacionado con la historia natural de la enfermedad, lesión física, o psicológica grave que causa daño permanente o muerte al paciente.	
	Diarreas						
	Neuropatía						
	Hepatopatía						
	Tos						
	No						
Año de quimioprofilaxis	Númérica	Discreta	Cuantitativa de razón	Independiente	Ficha de recolección de datos	Tiempo determinado para la toma de tratamiento	Año en el que el paciente recibe tratamiento
Hizo TBC	SI	Nominal dicotómica	Cualitativa nominal	Independiente	Ficha de recolección de datos	Puede causar síntomas como los siguientes: Tos intensa que dura 3 semanas o más. Dolor en el pecho. Tos con sangre o esputo	Paciente durante la quimioprofilaxis presentó o no TBC
	NO						

Contacto TBC	SI	Nominal dicotómica	Cualitativa nominal	Independiente	Ficha de recolección de datos	Se denominan contactos las personas que comparten temporalmente con un caso índice un espacio en común, cualesquiera sean las características de la enfermedad: localización (pulmonar o extra-pulmonar) y categoría diagnóstica (confirmada o no confirmada bacteriológicamente)	Paciente comparte tiempo con personas cercanas con TBC
	NO						
Relaciones familiares	Buenas	Nominal politómica	Cualitativa nominal	Independiente	Ficha de recolección de datos	Son las relaciones entre los miembros de una familia, con respecto a cómo se llevan.	Grado de afinidad con la familia
	Regulares						
	Malas						

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1 Tipo y Diseño de investigación:

Estudio Observacional, Retrospectivo y Analítico. Con enfoque cuantitativo. a partir de pacientes diagnosticados con VIH los cuales reciban tratamiento profiláctico con isoniazida para tuberculosis en el Hospital Nacional PNP Luis N. Sáenz desde enero de 2011 hasta diciembre de 2015; considerando los criterios definidos para la investigación. En estos pacientes se establecerá el cumplimiento de la profilaxis con isoniazida y los factores asociados según los objetivos del estudio. El dato primario se recogerá de los expedientes clínicos archivados en el Departamento de Registros Médicos del centro ajustándose a la ficha de recolección de datos diseñada para tal fin.

4.2 Población de estudio:

La población del estudio estuvo conformada por 52 pacientes con el diagnóstico de VIH de ambos sexos mayores de 18 años que recibieron profilaxis con isoniazida durante 12 meses en el servicio de Enfermedades Infecciosas del Hospital de Policía Luis N. Saenz del 1 de enero de 2011 al 31 de diciembre de 2015.

4.3 Criterios de inclusión y exclusión:

4.3.1 Criterios de Inclusión.-

Pacientes con diagnóstico de VIH que recibían TARGA

4.3.2 Criterios de Exclusión.-

- a. Pacientes que hayan tenido tuberculosis
- b. Pacientes con deterioro del sensorio
- c. Transferido a otra institucion de salud durante quimioprofilaxis
- d. Pacientes menores de 18 años.

4.4 Procesamiento para la recolección de datos:

Se solicitó la autorización y el permiso respectivo al jefe del servicio de Enfermedades Infecciosas del Hospital de Policía para la realización de este estudio. Así mismo, se le informó al Director del nosocomio para el uso de los ambientes, y de la base de datos.

Ya en el servicio, se ubicó y revisó las historias clínicas de los pacientes registrados en el servicio y aquellos datos de pacientes registrados en el libro de registros y seguimiento de quimioprofilaxis en pacientes con VIH durante el periodo enero de 2011 a diciembre de 2015, a fin de seleccionarlos; se filtraron aquellos que no cumplían con los criterios de inclusión, previa autorización de la Oficina de Investigación y Docencia. Para la recolección de los datos, se utilizó una ficha de recolección de datos, la cual fue adaptada de la tesis de Salazar López (2012) a partir de objetivos de estudio (ANEXOS).

4.5 Procedimientos para garantizar aspectos éticos en la investigación:

En esta investigación se mantuvo el anonimato absoluto en todo momento, extrayendo información a través de historias clínicas, no se contactó personalmente con ningún sujeto de investigación.

4.5 Instrumento

Se utilizó una ficha simple de recolección de datos, en la cual se incorporó la información de los pacientes que recibieron la quimioprofilaxis, e información adicional recolectada en el libro de registro de pacientes

4.6 Técnica de procesamiento y análisis de datos:

Para el procesamiento de datos se usó Microsoft office Excel y para el análisis estadístico SPSS V.22.

4.6.1 Análisis descriptivo

La unidad de análisis fue el paciente. En el análisis se empleó la estadística descriptiva, medidas de tendencia central; calculando en primer lugar las frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas y el promedio, la mediana y desviación estándar para las variables cuantitativas. Presentándose en tablas comparativas según la condición de término o abandono de tratamiento.

4.6.2 Análisis bivariado.

Para determinar la asociación entre las variables adherencia al tratamiento y grado de instrucción, consumo de alcohol y drogas, entre otras y se empleó la distribución Chi- cuadrado y el odds ratio (OR) el mismo que mide la fuerza de asociación entre la variable exposición (adherencia al tratamiento) y enfermedad (factores personales), con el intervalo de confianza al 95%, el mismo que resulta significativo cuando el valor obtenido, no incluye a la unidad. No se llevó a cabo análisis multivariado con las variables que resultaron significativas por la poca cantidad de pacientes en el estudio

CAPÍTULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

5.1. RESULTADOS

En el periodo de estudio, comprendido entre el 01 de enero del 2011 y el 31 de diciembre de 2012 la historia clínica, el libro de registros de pacientes que recibían quimioprofilaxis y la ficha de recolección de datos, se identificaron 76 pacientes adultos con el diagnóstico previo de VIH, los cuales habían recibido tratamiento profiláctico con Isoniazida en el Hospital Nacional Luis N. Sáenz.

De estos se excluyeron 24 pacientes: cinco por no haber iniciado quimioprofilaxis pese a indicación médica, siete por ser menores de edad, trece por traslado a otros establecimientos de salud. En total, en el presente estudio se incluyó a 52 pacientes. De los pacientes que se excluyeron, el 66.7% se adhirió a tratamiento, siendo el nivel técnico el más prevalente en educación, y la edad promedio fue de 36.3 años, la relación de hombres y mujeres fue de 3 a 1 siendo estos datos similares a los obtenidos en la población de análisis de resultado.

Tabla 1. Distribución de la adherencia al quimioprofilaxis con isoniazida en pacientes con Isoniazida del Hospital de Policía periodo 2011-2015.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido NO	20	38,5%	38,5	38,5
SI	32	61,5%	61,5	100,0
Total	52	100%	100,0	

Fuente: Base de datos

Como se observa en la tabla anterior, la distribución de los que se adherieron al tratamiento quimioprofiláctico fue de 32 pacientes lo cual representa 61,5% de la población de estudio.

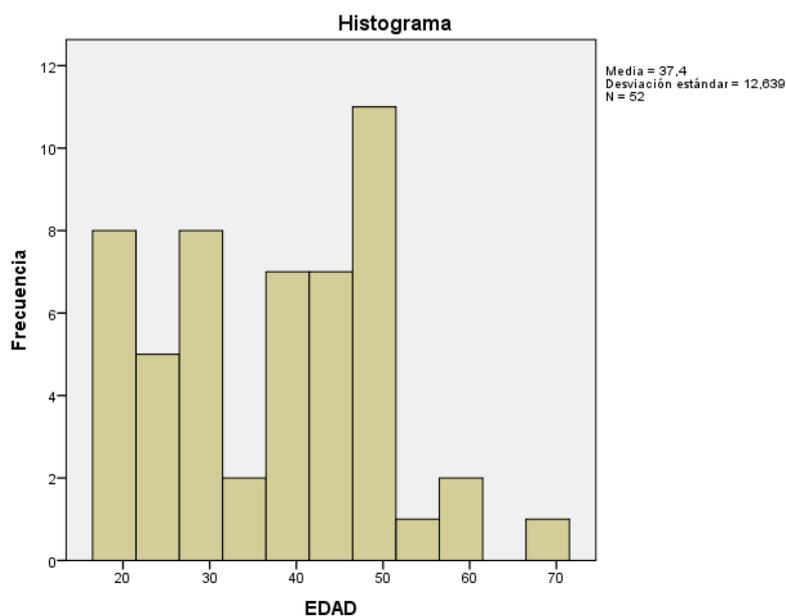
Tabla N-°2 Distribución por año de quimioprofilaxis y su relación con la adherencia a quimioprofilaxis con isoniazida en pacientes con VIH del Hospital de Policía periodo 2011-2015

		ADHERENCIA		Total
		NO	SI	
AÑO de QP	2011 % dentro de ADHERENCIA	3 15,0%	10 31,3%	13 25,0%
	2012 % dentro de ADHERENCIA	10 50,0%	11 34,4%	21 40,4%
	2013 % dentro de ADHERENCIA	1 5,0%	8 25,0%	9 17,3%
	2014 % dentro de ADHERENCIA	1 5,0%	3 9,4%	4 7,7%
	2015 % dentro de ADHERENCIA	5 25,0%	0 0,0%	5 9,6%
Total	% dentro de ADHERENCIA	20 100,0%	32 100,0%	52 100,0%

Fuente: base de datos

El mayor porcentaje de pacientes según lo recolectado correspondió al año 2012, a su vez se notó que el año 2015 ningún paciente se adhirió al tratamiento de quimioprofilaxis

Gráfico N°1 Distribución de edades en pacientes con VIH que recibieron quimioprofilaxis con isoniazida en el Hospital de Policía periodo 2011-2015



Fuente: base de datos

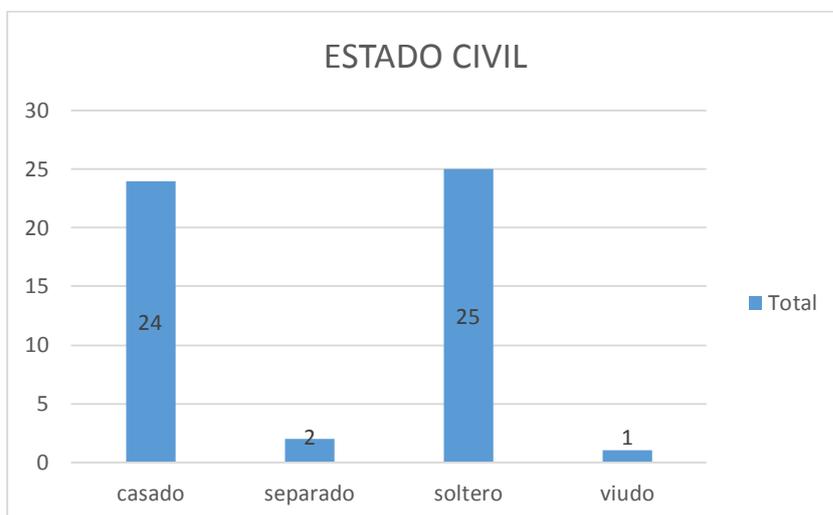
Así mismo la edad promedio fue de 37.4 años, con una desviación estándar de 12.69, siendo la edad mínima 18 años y la máxima encontrada de 69 años. La edad promedio de los hombres fue 36.8 años y de las mujeres 35.25 años.

Tabla N-°3 Distribución del sexo en los pacientes con VIH que recibieron quimioprofilaxis con isoniazida en el Hospital de Policía periodo 2011-2015

		SEXO			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	FEMENINO	12	23,1	23,1	23,1
	MASCULINO	40	76,9	76,9	100,0
	Total	52	100,0	100,0	

Se observa que el 76.9% de los pacientes corresponde al sexo masculino, correspondientes a una relación de 3 a 1. Hombre: mujer

Gráfico N-º2 Distribución del estado civil de los pacientes que recibieron quimioprofilaxis con isoniazida en el Hospital de Policía periodo 2011-2015



Fuente: base de datos

La distribución por estado civil no muestra diferencia relevante entre los casados representando 46.15% (24 pacientes), solteros siendo 48.07% (25 pacientes, mientras que se encontró 2 pacientes separados y 1 viudo.

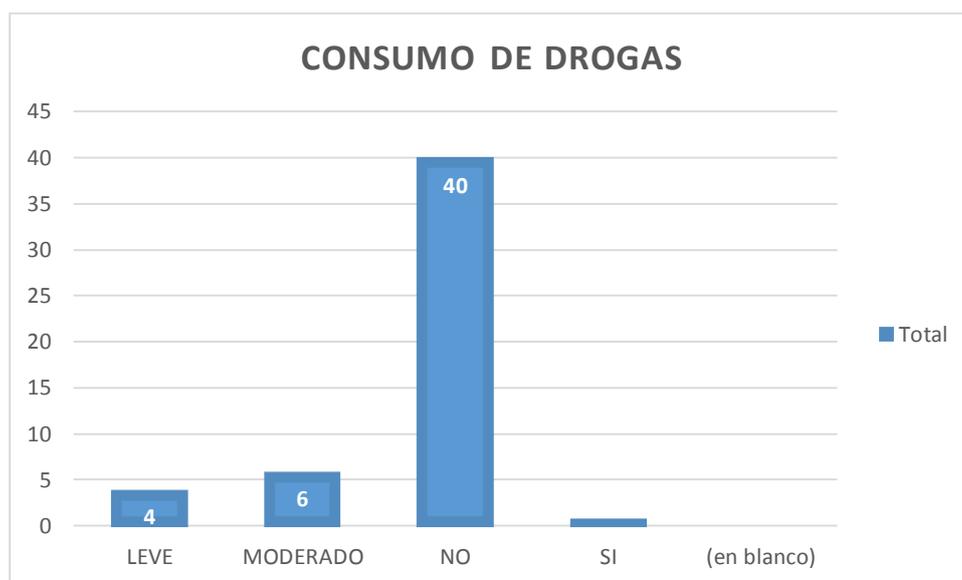
Estilos de vida:

Grafico N-º3 Distribución del consumo de alcohol en pacientes con VIH que recibieron quimioprofilaxis con isoniazida en el Hospital de Policía periodo 2011-2015



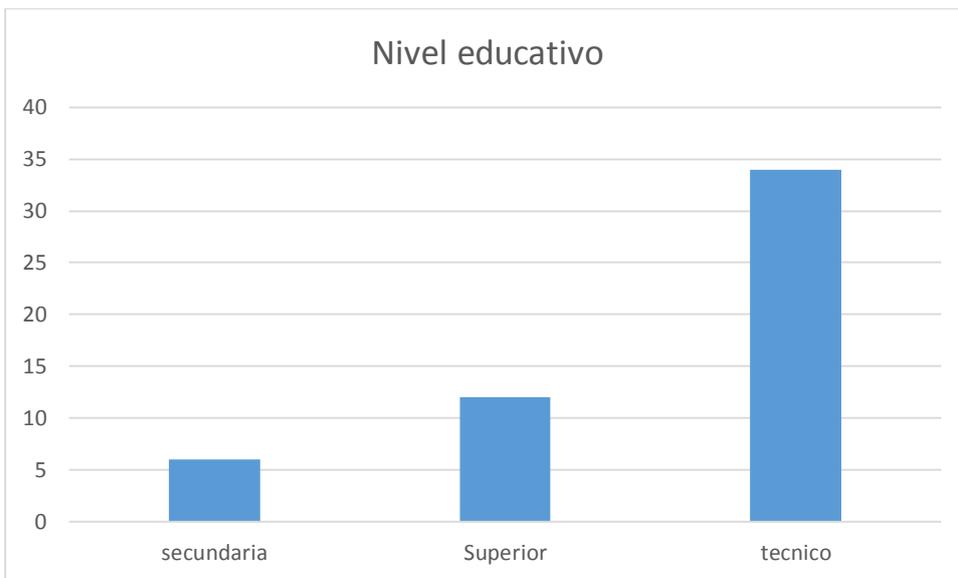
El 63% de pacientes consumió alcohol durante la quimioprofilaxis, mientras que 18% (9 pacientes) no consumían alcohol durante la quimioprofilaxis.

Gráfico N4 Distribución del consumo de drogas en pacientes con VIH que recibieron quimioprofilaxis con isoniazida en el Hospital de Policía periodo 2011-2015



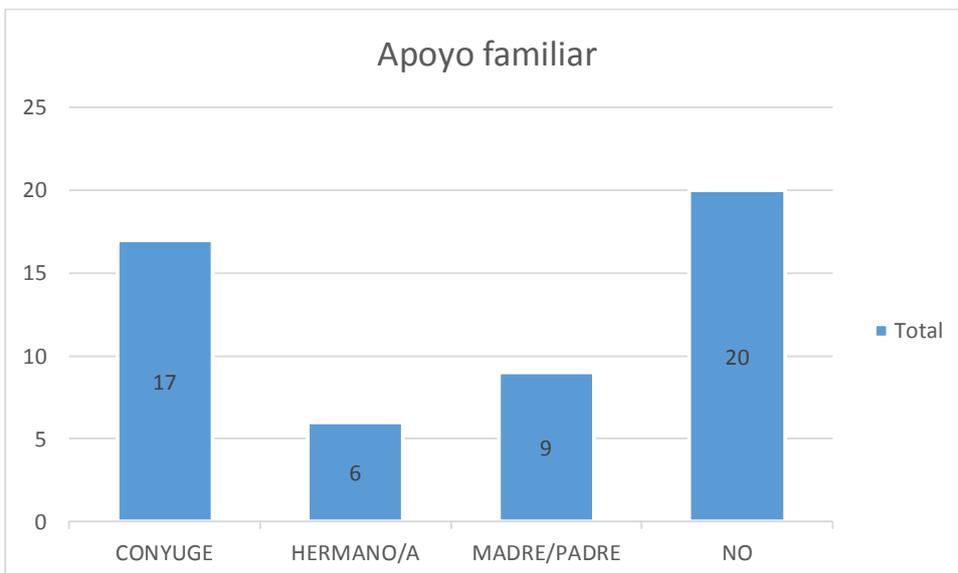
El 22% consumió sustancias psicoactivas siendo en estas un consumo moderado de 12% (6 pacientes), indicando a su vez que el mayor porcentaje (78%) no consumían sustancias psicoactivas durante la quimioprofilaxis.

Gráfico N°5 Distribución del nivel educativo en pacientes con VIH que recibieron quimioprofilaxis con isoniazida en el Hospital de Policía periodo 2011-2015



El grafico muestra el nivel educativo alcanzado por los pacientes, siendo el de mayor prevalencia el técnico (34 pacientes) ya que en su mayoría eran constituidos por personal policial en actividad, seis pacientes alcanzaron el nivel secundario.

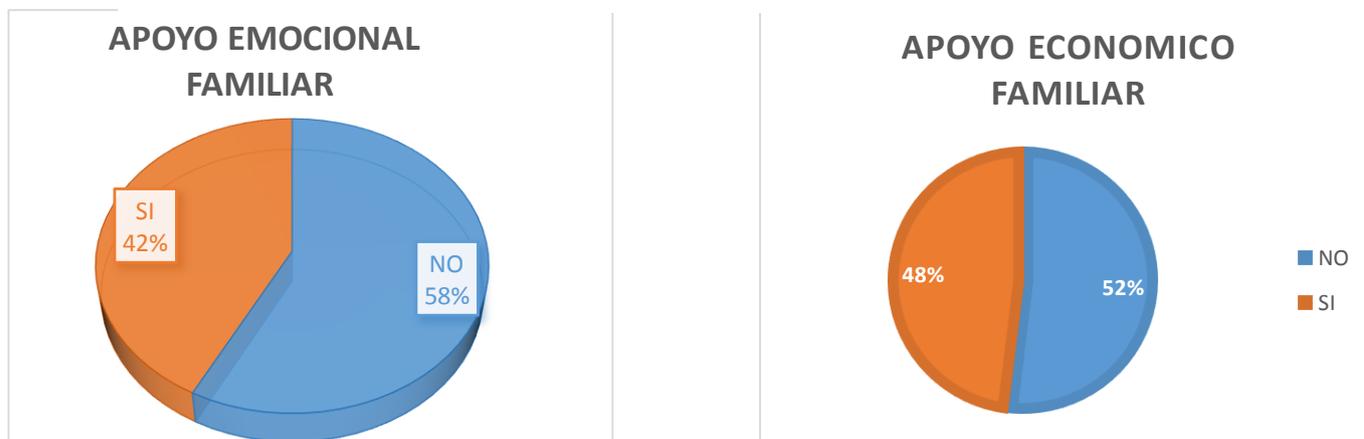
Gráfico N°6 Distribución del apoyo familiar en pacientes con VIH que recibieron quimioprofilaxis con isoniazida en el Hospital de Policía periodo 2011-2015



Se muestra en la gráfica que 38% (20 pacientes) no contaban con apoyo familiar durante la quimioprofilaxis, del 62% de pacientes que recibió apoyo familiar

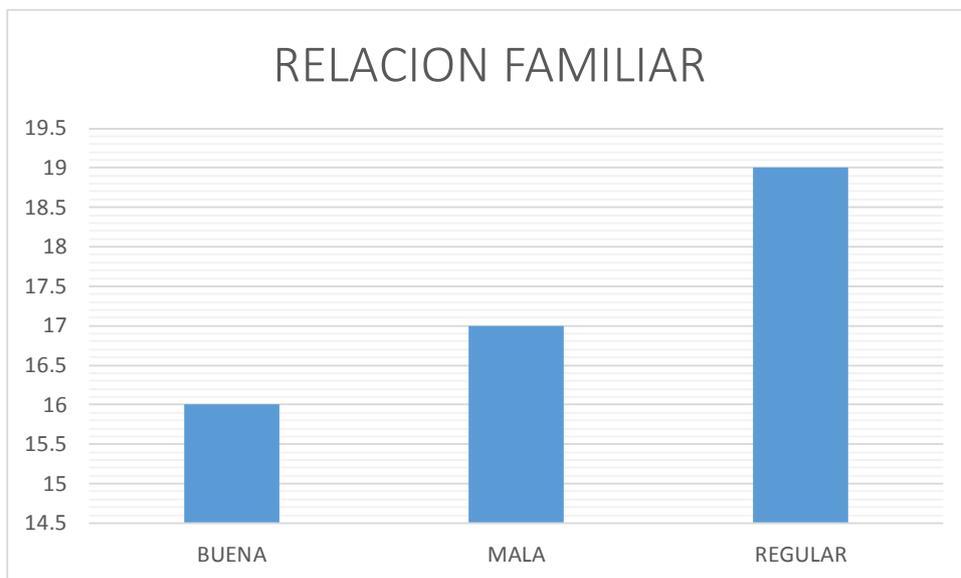
durante esta etapa, y de este grupo el 33% (17 pacientes) contaban con apoyo sea del esposo o la esposa.

Gráfico N°7 Distribución del apoyo emocional y económico en pacientes con VIH que recibieron quimioprofilaxis con isoniazida en el Hospital de Policía periodo 2011-2015



Dentro del apoyo familia se evaluó dos formas: emocional y económico. En el caso del apoyo emocional el 42% (22 pacientes) refirió haber tenido algún tipo de apoyo emocional durante la quimioprofilaxis. Sin embargo el apoyo económico apenas el 48% (25%) en promedio respondió haber contado con el mismo, ambos casos prevalece que los pacientes no contaban con apoyo económico ni emocional. La evaluación que hace servicio social y/o psicología, incluye las relaciones familiares, es por ello que dicha variable fue incluida para filtrar el apoyo familiar.

Gráfico N°8 Distribución de la relación en pacientes con VIH que recibieron quimioprofilaxis con isoniazida en el Hospital de Policía periodo 2011-2015



En general las personas entrevistadas calificaron las relaciones familiares como buenas en 30.7%, regulares en 32.7% y malas en 36.5% respectivamente. La calificación de buena (13/16) o regular (11/17) es mayor en quienes terminaron en comparación con los abandonos
Fuente: Base de datos.

Las personas menores de 29 años tenían menor adherencia al tratamiento

Tabla N°4 Contingencia con prevalencias para cada variable.

		Adherencia a Quimioprofilaxis				Total	
		No		Si		n	%
		n	%	n	%		
Total		20	38.46%	32	61.54%	52	100%
Edad	Menor a 29 años	8	44.44%	10	55.56%	18	100%
	Mayor a 29 años	12	35.29%	22	64.70%	34	100%
Sexo	Femenino	8	66.67%	4	33.33%	12	100%
	Masculino	12	30.00%	28	70.00%	40	100%
Estado Civil	Unido	10	41.67%	14	58.33%	24	100%
	No unido	10	35.71%	18	64.28%	28	100%
Alcohol	No	17	40.47%	25	59.52%	42	100%
	Si	3	30.00%	7	70.00%	10	100%
Drogas	No	16	39.02%	25	60.97%	41	100%

profiláctico con isoniazida en 44.4%, aunque el género masculino prevaleció la

Trabajo durante QP	Si	4	63.63%	7	36.36%	11	100%
	No	9	56.25%	7	43.75%	16	100%
	Si	11	30.56%	25	69.44%	36	100%
Apoyo Familiar	No	13	65.00%	7	35.00%	20	100%
	Si	7	21.87%	25	78.13%	32	100%
Contacto TBC	No	15	15.15%	28	84.84%	33	100%
	Si	5	55.56%	4	44.44%	9	100%
Profilaxis	No	14	56.00%	11	44.00%	25	100%
	Si	6	22.22%	21	77.78%	27	100%
RAMS	No	21	72.41%	8	27.59%	29	100%
	Si	11	47.83%	12	52.17%	23	100%

menor adherencia obtuvo el sexo femenino con 66.7%. Con respecto al estado civil aquellos que se encontraban casados revelaron menor porcentaje de adherencia al tratamiento 41.67%. Aquellas personas que consumieron algún tipo de sustancia nociva ilegal, obtuvieron 66.6% de no adherencia al tratamiento profiláctico. Los pacientes que trabajaban durante la quimioprofilaxis obtuvieron un mayor porcentaje de adherencia al tratamiento con un 69.4%. Quienes no recibían apoyo familiar mostraron no adherirse al tratamiento profiláctico en 65% de los casos. Aquellos que no recibían profilaxis adicionales, mostraron tener mayor porcentaje a no adherirse al tratamiento en 56%

Analisis bivariado. Razón de ventajas.

Hallamos la razón de ventajas y su correspondiente intervalo de confianza de cada tabla de contingencia 2x2 de la variable adherencia al tratamiento con cada una de las variables que son a priori factores de riesgo para determinar si existe asociación entre cada una de estas variables y la no adherencia al tratamiento profiláctico. De esta manera Observamos que la variable

Tabla N°5 Nivel de asociación bivariado de los factores de adherencia al tratamiento profiláctico con isoniazida en pacientes con VIH en el hospital nacional de policía periodo 2011 –2015

		OR	IC 95%		Valor p
			LI	LS	
Edad	Menor a 29 años	1.47	0.457	4.706	0.08
	Mayor a 29 años	1			
Sexo	Femenino	4.66	118%	18.508	0.022
	Masculino	1			
Estado Civil	Unido	1.286	0.419	3.944	0.66
	No unido	1			

Alcohol	No	1.587	0.359	7.014	0.54
	Si	1			
Drogas	No	1.12	0.282	4.449	87%
	Si	1			
Trabajó durante QP	No	2.922	0.866	9.857	0.07
	Si	1			
Apoyo Familiar	No	6.633	1.912	23.004	0.02
	Si	1			
Contacto TBC	No	0.429	0.1	1.839	0.246
	Si	1			
Profilaxis	No	4.455	1.338	14.831	0.012
	Si	1			
RAMS	No	0.349	0.11	1.108	0.07
	Si	1			

Para los resultados de edad en los pacientes resulta que OR de pacientes menores de 29 años que no se adhieren al tratamiento profiláctico no tiene significancia estadística, mientras que la variable de estudio sexo femenino tiene un OR de 4.66 veces ser un factor asociado a la no adherencia al tratamiento profiláctico, con un valor de $p = 0.022$. Aquellos pacientes que no se encontraban casados obtuvieron un OR de 4.66 sin significancia estadística. Los pacientes que no consumían alcohol mostraron no tener significancia estadística para asociación, al igual que la variable de no consumo de drogas, el no trabajar durante la quimioprofilaxis, no tener contacto con familiares con Tuberculosis, y la no aparición de reacciones adversas a medicamentos. Si obtuvo significancia estadística la variable de no apoyo familiar durante la quimioprofilaxis por tener 6.6 veces la posibilidad de no adherirse al tratamiento profiláctico, con un valor de p de 0.02.

5.2. Discusión:

Globalmente los estudios mencionan que del 100% de los pacientes que no adhieren al tratamiento los factores intrínsecos el individuo y del entorno familiar son responsables de un porcentaje mayoritario, compartido con otros datos como el sector salud, centro de salud, confidencialidad de datos, de proporción oportuna y continua de los medicamentos. Lo señalado por Roger Culqui y cols, indica que el 30% de los sujetos evaluados opinaron que el tiempo de espera para recibir su medicación era excesivo, causando La insatisfacción del paciente con el prestador de la atención de salud (51)

En relación a la tasa de adherencia:

En este estudio se encontró una tasa de cumplimiento para el tratamiento del 61.5% siguiendo el esquema propuesto por el Minsa (1); corroborado con lo que indica la literatura, de esta manera se sabe que las tasas de adherencia a la profilaxis con isoniazida indican que este se encuentra entre el 50% y 60%; muchos de estos estudios se llevaron a cabo indicando esquema profiláctico de

seis a nueve meses, pese que a que en nuestro estudio el tratamiento duraba doce meses, y este se considera en aproximadamente 25% más del tiempo medido, no muestra variación con el factor de adherencia, presentando resultados similares a los consultados.

En Perú, al igual que en otros países del mundo, el abandono del tratamientos para enfermedades crónicas es complejo y de difícil manejo, ya que cuenta con diferentes aristas, sean estas desde la perspectiva operacional, clínica, epidemiológica y de salud pública, que en nuestro medio, contribuyen a que se mantengan tasas elevadas de no adherencia a tratamientos farmacológicos, y en consecuencia contribuyendo al aumento Tuberculosis multidrogo resistente y Tuberculosis de difícil manejo

En relación a los factores epidemiológicos

Los resultados indican respecto a la caracterización por género, que difieren de los mencionados por la OMS y la literatura, ya que en los índices de aquellos pacientes que no se adhieren al tratamiento profiláctico, como es mencionado por Gus y cols (2011), son los hombres los que tenían mayores probabilidades de ser no adherente lo cual puede obedecer en parte a diferencias epidemiológicas (en cuanto a exposición, riesgo de infección y progresión desde el estadio de infección al de enfermedad). (19). En comparación a nuestro estudio son las mujeres las que tienen mayor probabilidad de no adherirse al tratamiento profiláctico con 66.7%, representando 4.66 veces la probabilidad de no adherencia y un valor de p que resultó significativo $p= 0.02$. En otro estudio llevado a cabo por Munseri y sus cols (2008), explicaron que la tasa de adherencia es baja para las mujeres en comparación con los hombres, ya que estas manifestaron que no querían que su estado de VIH sea revelado por el temor de la separación de sus cónyuges. (23)

A medida que se incrementa la edad se observa una mejor adherencia y, el periodo en que recibieron la profilaxis, fue el año 2012 donde tuvieron un mejor cumplimiento en comparación con los otros periodos de estudio, esto podría explicarse ya que en 2011 se inicia la quimioprofilaxis como programa en el

Hospital de Policía, de esta manera podría haberle generado una esperanza de vida al paciente.

Con respecto a los hábitos nocivos, el 72% de pacientes consumió alcohol durante la quimioprofilaxis, no hallándose una relación significativa. Mientras que LoBue y Moser indicaron que tener tasas de cumplimiento bajas se encontraban en relación con el abuso del alcohol. Con respecto al consumo de sustancia psicoactivas, se encontró que solo un 21.15% de los pacientes consumieron drogas durante el tratamiento, la asociación no alcanzó significancia.

En relación al apoyo familiar

Dentro de este grupo se menciona que el no tener apoyo familiar tiene 6.6 veces más probabilidad de ser un factor asociado a la no adherencia al tratamiento profiláctico con isoniazida, el cual cuenta con un intervalo de confianza significativo p valor = 0.02. Dentro de grupo se menciona dos categorías: el apoyo emocional el cual consistió en que algún miembro de la familia acompañara al paciente al menos una vez durante el periodo el cual el paciente que tomó el tratamiento, no hubo diferencia significativa entre aquel que tuvo apoyo emocional y el que no frente a la buena adherencia al tratamiento mientras que aquel que no tuvo apoyo emocional tuvo mayor porcentaje de no adherencia al tratamiento profiláctico. El segundo punto se refiere al apoyo económico el cual consistía en que algún momento de la familia apoyó económicamente al paciente con pasajes y/o compras de medicamentos, no se encontró diferencia significativa entre los pacientes que contaban o no con este apoyo ya que la adherencia al tratamiento fue similar.

En relación a las variables clínicas

Se tomaron en cuenta como parte de los tratamientos preventivos para enfermedades oportunistas de VIH, ciertos medicamentos, dentro de los más representativos se encontraron Cotrimoxazol y Complejo B. La variable de quimioprofilaxis adicional nos evidencio que por lo menos el 52 % los pacientes recibió tratamiento adicional, y que los que no recibían tratamientos adicionales

tenían 4.45 veces más probabilidad de no adherirse al tratamiento que aquellos que recibían profilaxis adicional con un valor de $p = 0.01$.

Con respecto a las reacciones adversas presentadas durante la quimioprofilaxis las más frecuentes fueron diarreas 15.4% y rash en 17.3, siendo esta última mencionada por los pacientes causa de abandono de tratamiento en 4 pacientes, representando 20% de los pacientes que abandonaron el tratamiento.

Como dato adicional se calculó el promedio de intervalos de días en que los pacientes recibieron profilaxis con isoniazida; en pacientes que se adhirieron al tratamiento el promedio fue de 31.22 días, teniendo un máximo intervalo de 34.81 días y mínimo de 27.36 días; para los pacientes que no se adhirieron al tratamiento el promedio de días fue de 10.38 días, con un máximo intervalo de 24.72 días de más. Los pacientes que cumplieron en el tiempo establecido el tratamiento fueron 20 pacientes, los cuales representaban 62.5% de los pacientes que cumplieron el tratamiento.

En cuanto a los pacientes y su nivel de CD4, considerando un valor menor de 200, se encontró que de los que tenían CD4 menor a 200, fueron 7 pacientes y estos desarrollaron TB, mientras que ningún paciente cuyos niveles de CD4 eran mayores a 200 desarrolló TB, indicando que aquellos pacientes que tienen niveles de CD4 por encima de 200, tienen 1.28 veces más posibilidad de no desarrollar tuberculosis, con significancia estadística $p= 0.025$., lo que se correlaciona con los estudios publicados para valores de CD4 menores a 200 que indican severo compromiso de inmunidad (52).

En el estudio se incluyó adicionalmente los datos de los pacientes que desarrollaron tuberculosis luego del tratamiento de profilaxis en un periodo de 12 meses, encontrándose que solo desarrollaron TB 7 pacientes de estos 5 no se adhirieron al tratamiento profiláctico, lo que indicaría que existen diversos factores adicionales a los estudiados que influyen en el desarrollo de TB.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

En el presente estudio nos focalizamos en evaluar las variables dependientes del paciente y/o de la familia, sin embargo los autores enfatizan la importancia de los otros agentes intervinientes tales como la institución, el Minsa, el personal

de salud (50), la provisión oportuna y continua del medicamento, la capacitación del personal, el seguimiento del tratamiento (31). Siendo la adherencia relacionada con algún personal de salud en encontrar asesoramiento útil en 91% de los casos, el hecho de que hayan recibido explicación sobre la terapia obtuvo 8 veces más probabilidad de ser adherentes (50).

En cuanto a la provisión de medicamentos algunos pacientes refirieron retraso en el inicio de tratamiento profiláctico, no disponibilidad del tratamiento oportuno.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

- La tasa de adherencia al tratamiento profiláctico es similar a la registrada en la literatura médica
- De los factores de riesgo hallados asociados a la no adherencia al tratamiento, que tienen que ver con el paciente; se encontraron factores no modificables como el género femenino que fue significativo para el estudio, con un porcentaje de 66.7%, OR de 4.66 $p= 0.02$.
- El uso de profilaxis adicional es un factor de riesgo para la no adherencia al tratamiento
- “La falta de apoyo familiar es un factor de riesgo para lo no adherencia al tratamiento”

RECOMENDACIONES

- Se deberá hacer hincapié a La Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la tuberculosis debe diseñar estrategias que permitan identificar precozmente aquellos pacientes con factores de riesgo para no adherirse al tratamiento profiláctico.

- Es importante abordar las esferas del ámbito no solo clínico, sino fomentar otros ámbitos como el programa de salud que incluya garantizar una buena consejería por parte del personal de salud así mismo educar en temas de interés. Se deberá impulsar el autocuidado de la salud.
- La articulación intersectorial de los programas de control de la tuberculosis con otras estancias es un punto clave, para realizar acciones en frente común de prevención de no adherencia al tratamiento.
- Es necesario incorporar en la tarjeta de tratamiento de los pacientes, variables que permitan detectar de forma rápida a los pacientes con un posible riesgo de abandono de tratamiento.

BIBLIOGRAFIA:

1. Minsa 2003, Norma técnica de atención para la administración de quimioprofilaxis y tratamiento antituberculoso a personas con VIH/sida.
2. Úriz J., Repáraz J., Castiello J., Sola J.. Tuberculosis en pacientes infectados por el VIH. Anales Sis San Navarra [Internet]. 2007 ; 30(Supl 2): 131-142.
3. Organización Mundial de la Salud, Nota descriptiva N°104 Marzo de 2016, Centro de Prensa. [Consultado el 18 de Diciembre de 2016] Disponible en : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/es/>
4. Plata-Casas LI. Factores asociados a la no adherencia al tratamiento anti tuberculosis. Rev. cienc. cuidad. 2015; 12(2): 26-38.
5. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la tuberculosis. (2015), [Consultado el 10 de setiembre de 2016] disponible en : http://www.who.int/tb/publications/global_report/gtbr2015_execsummary_es.pdf
6. Torres Del Águila. Características clinico-epidemiológicas de pacientes con coinfección de Tuberculosis y Vih en el Hospital Nacional Dos de Mayo en el periodo enero del 2013 a setiembre del 2015 [Tesis de pregrado]. Lima : Cybertesis. Universidad Ricardo Palma. 2016.
7. Eddy Alberto Chacón Aguirre y cols. Factores que condicionan el nivel de adherencia a la terapia preventiva con Isoniacida en los pacientes VIH y VIH avanzado en control en la Clínica Integral del Hospital Francisco Menéndez de Ahuachapán activos desde el año 2014. [consultado el 10 enero de 2017]. Disponible en : http://www.salud.gob.sv/archivos/pdf/TUBERCULOSIS_DOC/presentaciones_XI_Congreso_TB_2016/07-Factores-que-condicionan-la-adherencia-a-la-TPI-en-personas-VIH.pdf
8. Solá M , Gardella A y otros. Tuberculosis en un centro de atención primaria de un área socioeconómica deprimida: variables asociadas al abandono del tratamiento. Atención Primaria. Vol.7. No6.Junio 1990. P422.

9. Alvarez Gordillo GC, Dorantes Jiménez JE y otros. La búsqueda de la atención para la tuberculosis en Chiapas, México. *RevPan Salud Pública* 9 (5), 2001. P290
10. Singh V, Jaiswal A, Porter J, Ogden J, Sarin R, Sharma PP, Arora VK, Jain RC. TB control, poverty, and vulnerability in delhi, India. *Tropical Medicine & International Health*. 2002;7(8):693-700.
11. Organización Mundial de la Salud- Organizacion Panamericana de Salud. Co- epidemia TB/VIH en las Americas. Informe regional de TB (2014). [Consultado el 15 de Diciembre de 2016] Disponible en http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=24336&Itemid
12. Organización Mundial de la Salud- Organización Panamericana de la Salud,(Washington, D.C., 4 de junio de 2014), [Consultado el 18 de julio de 2016]disponible en : http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_content&view=article&id=852:la-opsoms-urge-a-intensificar-acciones-para-detectar-y-tratar-a-las-personas-coinfectadas-con-tuberculosis-y-vih-en-las-americas&Itemid=239
13. MINSA. Evaluación de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis Año 2006. [Consultado el 05 de Enero de 2017] Disponible en: <http://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/dgsp/ESNtuberculosis/normaspublicaciones/InfEvaluacion2006.pdf>
14. Hawken M, Muhindi D. Tuberculosis preventive therapy in HIV-infected persons: feasibility issues in developing countries. *Int J Tuberc Lung Dis* 1999;3(8);645-650.
15. World Health Organization. TB/HIV A Clinical Manual. Geneva, 2004 (WHO/HTM/TB/2004.329).
16. Salazar López, Maria. (2012). Factores asociados al Cumplimiento de la Quimioprofilaxis con isoniacida en pacientes infectados con el virus de inmunodeficiencia humana en el Hospital Nacional Dos de Mayo periodo 2001 – 2003 [Tesis de postgrado]
17. Gavin J. Churchyard, M.B., B.Ch., Ph.D., Katherine L. Fielding, Ph.D., James J y cols. A Trial of Mass Isoniazid Preventive Therapy for

- Tuberculosis Control. *The New England journal of medicine*, January 23, 2014 vol. 370 no. 4, p.p 301-310.
18. Titilola Makanjuola, Henock B. Taddese, Andrew Booth, Factors Associated with Adherence to Treatment with Isoniazid for the Prevention of Tuberculosis amongst People Living with HIV/AIDS: A Systematic Review of Qualitative Data. *PloS One*, February 2014 | Volume 9 | Issue 2 | e87166.
 19. Gust DA, Mosimaneotsile B, Mathebula U, Chingapane B, Gaul Z, Pals SL, et al. (2011) Risk Factors for Non-Adherence and Loss to Follow-Up in a Three-Year Clinical Trial in Botswana. *PLoS ONE* 6(4): e18435. doi:10.1371/journal.pone.0018435
 20. Kwara A, Herold JS, Machan JT, Carter EJ. Factors associated with failure to complete isoniazid treatment for latent tuberculosis infection in Rhode Island. *Chest*. 2008;133:862–8. doi: 10.1378/chest.07-2024.
 21. Mindachew M, Deribew A, Tessema F, Biadgilign S (2011) Predictors of adherence to isoniazid preventive therapy among HIV positive adults in Addis Ababa, Ethiopia. *BMC Public Health* 11: 1–7
 22. Amuha MG, Kutuyabami P, Kitutu FE, Odoi-Adome R, Kalyango JN (2009) Non-adherence to anti-TB drugs among TB/HIV co-infected patients in Mbarara Hospital Uganda: Prevalence and associated factors. *African health sciences* 9
 23. P. J. Munseri, E. A. Talbot, L. Mtei, y cols. Completion of isoniazid preventive therapy among HIV-infected patients in Tanzania. *INT J TUBERC LUNG DIS* 12(9):1037–1041. 2008 The Union.
 24. Munro, S. A., Lewin, S. A., Smith, H. J. y Cols. (2007). Patient Adherence to Tuberculosis Treatment: A Systematic Review of Qualitative Research. *PLoS Medicine*, 4(7), e238. <http://doi.org/10.1371/journal.pmed.0040238>
 25. Kefyalew T. Garie, Mohammed A. Yassin, Luis E. Cuevas. Lack of Adherence to Isoniazid Chemoprophylaxis in Children in Contact with Adults with Tuberculosis in Southern Ethiopia. *PloS One*. November 2011 | Volume 6 | Issue 11 | e26452.
 26. Grace A. Shayo, Candida Moshiro, Said Aboud y Cols. Acceptability and adherence to Isoniazid preventive therapy in HIV-infected patients

- clinically screened for latent tuberculosis in Dar es Salaam, Tanzania. Shayo et al. BMC Infectious Diseases (2015)
27. Rockwood N, Abdullahi LH, Wilkinson RJ, Meintjes G (2015) Risk Factors for Acquired Rifamycin and Isoniazid Resistance: A Systematic Review and Meta-Analysis
 28. Kibret KT, Yalew AW, Belaineh BG, Asres MM (2013) Determinant Factors Associated with Occurrence of Tuberculosis among Adult People Living with HIV after Antiretroviral Treatment Initiation in Addis Ababa, Ethiopia: A Case Control Study. PLoS ONE 8(5): e64488. doi:10.1371/journal.pone.0064488
 29. Mindachew M, Deribew A, Tessema M, Biadgilign S. Predictors of adherence to isoniazid preventive therapy among HIV positive adults in Addis Ababa, Ethiopia BMC Public Health . 2011; 11: 916. doi: 10.1186/1471-2458-11-916.
 30. Li J, Munsiff SS, Tarantino T, Dorsinville M. Adherence to treatment of latent tuberculosis infection in a clinical population in New York City. Int J Infect Dis 2010; 14:e292–7
 31. Makanjuola T, Taddese HB, Booth A (2014) Factors Associated with Adherence to Treatment with Isoniazid for the Prevention of Tuberculosis amongst People Living with HIV/AIDS: A Systematic Review of Qualitative Data. PLoS ONE 9(2): e87166. doi:10.1371/journal.pone.0087166
 32. Szakacs T, Wilson D, Cameron D, Clark M, Kocheleff P, Muller F, and McCarthy A. Adherence with isoniazid for prevention of tuberculosis among HIV-infected adults in South Africa. BMC Infect Dis. 2006;6(97):1-7.
 34. Organización panamericana de la salud. Coinfección TB/VIH. Guía clínica, 2010
 35. Bozzano F, Marras F, De Maria A. Immunology of Tuberculosis. Mediterr J Hematol Infect Dis. 2014; 6(1). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4010607/>
 36. Rueda CM, Velilla PA, Rugeles MT. Regulación inmune durante la coinfección por el virus de la inmunodeficiencia humana y el Mycobacterium tuberculosis. INFECTIO. 2009; 13(4). Disponible en:

- http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0123-93922009000400005&script=sci_arttext
37. World Health Organization. Global tuberculosis report 2015. [S.l.]: World Health Organization; 2015.
 38. U.S. National Library of Medicine, U.S. Department of Health and Human Services National Institutes of Health. VIH/SIDA [sede web]. Madrid: MedlinePlus; 2013 [actualizada 9 de abril de 2014; acceso 27 de febrero de 2014]. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/hiv aids.html>
 39. Santana A, Domínguez C, Lemes A, Molero T, Salido E. Biología celular y molecular del virus de inmunodeficiencia humana (VIH). Rev Diagn Biol. 2003; 52(1). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0034-79732003000100001&script=sci_arttext
 40. Schutz C, Meintjes G, Almajid F, Wilkinson RJ, Pozniak A. Clinical management of tuberculosis and HIV-1 co-infection. ERS. 2010; 36(6): 1460-1481. Disponible en: <http://erj.ersjournals.com/content/36/6/1460.long>
 41. Diccionario de la Real Academia Española. Vigésima 2da Ed. Consultado el 15-08-16. Disponible en: www.rae.es
 42. Comolet TM, Rakotomalala R, Rajaonariora H. Factors determining compliance with tuberculosis treatment in an urban environment, Tamatave, Madagascar. Int. J. Tuberc Lung Dis 1998;2(11):891-97.
 43. Braithwaite R, Stephens TT, Cozza S, y col. Conocimientos y actitud de los presos en relación con la profilaxis al tratamiento terapéutico. AIDS Patient Care STDs 1998;12(9):697-705
 44. Farmacovigilancia y atención clínica de las reacciones adversas a fármacos antituberculosos. En: Manual 2001 Minsa-PCT: Actualización de la doctrina, normas y procedimientos para el control de la TBC en el Perú. Lima 2001, 71-7
 45. García Rodríguez. Manejo de los efectos adversos del tratamiento antituberculoso. Unidad de Enfermedades Infecciosas. Servicio de Medicina Interna. Área Sanitaria de Ferrol. Ferrol Galicia Clínica | Sociedade Galega de Medicina Interna. Galicia Clin 2008; 69 (1): 21-28
 46. Basterra GM. El cumplimiento terapéutico. Pharm Care 1990 (1): 97-106.

47. Plata-Casas LI. Factores asociados a la no adherencia al tratamiento anti tuberculosis. Rev. cienc. cuidad. 2015; 12(2): 26-38
48. César Ugarte-Gil, David AJ Moore. Comorbilidad de tuberculosis y diabetes: problema aún sin resolver. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2014; 31(1):137-42
49. INFORME DE ONUSIDA 2014. Disponible en <http://www.unaids.org/es/resources/fact-sheet>
50. Pun Monica, Situación de la Epidemia de VIH en el Perú 2015. Disponible en <https://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2015/vih/matcom/Situacion-Epidemiologica-VIH-2015.pdf>
51. Munseri PJ, Talbot EA, Mtei L, Fordham von Reyn C (2008) La finalización de la terapia preventiva con isoniazida entre los pacientes infectados por el VIH en Tanzania. En la Revista Internacional de la Tuberculosis y las Enfermedades Respiratorias 12: 1037-1041.
52. Culqui DR, Grijalva CG, Reategui SR, Cajo JM, Suárez LA. Factores pronósticos del abandono del tratamiento antituberculoso en una región endémica del Perú. Rev Panam Salud Pública. 2005; 18(1):14–20
53. Braselli, Adelina. Tuberculosis, con especial referencia al paciente infectado por el VIH. Disponible en <http://www.infecto.edu.uy/espanol/revisiontemas/tema1/tbctema.htm>

ANEXOS

**FICHA DE VACIAMIENTO DE DATOS DE LA HISTORIA CLINICA DEL
PACIENTE QUE RECIBIÓ
QUIMIOPROFILAXIS CON ISONIACIDA HOSPITAL NACIONAL DE POLICIA**

P1. CODIGO:

P2 Fecha de Nacimiento: P3 Edad P4 N Historia Clínica:

P5 Sexo

F	1
---	---

M	2
---	---

P6 Grado de instrucción:

Ninguno	1
Primaria incompleta	2
Primaria completa	3
Secundaria incompleta	4
Secundaria completa	5
Superior completa	6
Superior incompleta	7

P7 Estado civil:

Ninguno	1
Soltero	2
Casado	3
Viudo	4
Divorciado	5
conviviente	6

P8 Ocupación principal a la que se dedicó el paciente durante la quimioprofilaxis con isoniazida

Comerciante	1	Ninguna ocupación	8
--------------------	----------	--------------------------	----------

Obrero	2
Estudiante	3
Casa	4
Policía	5
tecnico	6
Otro	7

P9 Lugar de

procedencia:

P10 Adherencia al tratamiento por 12 meses

Si	1
No	2
Sin datos	0

P11 Durante la quimioprofilaxis presenté y/o reporte efectos secundarios, molestias

Si	1
No	2
Sin datos	0

P12 Marca el o los efectos secundarios registrados en la historia clínica

Nauseas	1
Vómitos	2
Diarreas	3
Neuropatías	4
Tos	5
RAFA hepática	6
Otros (especificar)	7

.....

P12 Reporte médico de indicación de INH y otros medicamentos profilácticos que recibió durante la quimioprofilaxis con INH

P13 Fármacos recibidos adicionales

Si	1
No	2
Sin datos	0

Momento	Fecha	INH	CMX	VITAM	KETO	MOLESTIAS
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						

p.14. familiares con diagnóstico de TBC o contacto directo con TBC

Si	1	fecha	
No	2		
Sin datos	0		

P15. Desarrollo tuberculosis durante la QP

Si	1	fecha	
No	2		
Sin datos	0		

P16. Desarrollo tuberculosis después de tomar INH

Si	1	fecha	
No	2		
Sin datos	0		

de CD4

Fecha	1
Resultado	2
No tiene	0

P17.nivel

Si	1	fecha	
No	2		
Sin datos	0		

P18. Recibió apoyo familiar durante el tratamiento

Si	1	fecha	
No	2		
Sin datos	0		

P19. Recibió apoyo económico durante el tratamiento

Si	1	fecha	
No	2		
Sin datos	0		

P20. Tipo de relación familiar

Buena....1
Mala.....2
Regular....3

P21. Paciente vivía con alguien durante su tratamiento

Si	1	fecha	
No	2		
Sin datos	0		

P22. Paciente fallecido

Si	1	fecha	
No	2		
Sin datos	0		

