

CARTA DE LECTORES

CARTA AL DIRECTOR

Estimado Sr. Director:

Recientemente hemos analizado el artículo titulado “Adherencia en tuberculosis asociada al VIH, no a la diabetes mellitus, en Lima” publicado en esa revista.¹ El método para medir la adherencia al tratamiento en aspecto general, fueron datos recolectados de las tarjetas de tratamiento de los pacientes que iniciaron esquema Sensible en los años 2016 ó 2017, información brindada por la DIRIS LC, mas no lograron ellos mismos verificar dicha información. Según Neus Pagès, y el autor Gil Guillen, “los métodos para medir la adherencia al tratamiento se pueden clasificar en directos y en indirectos. Los métodos directos se basan en la determinación analítica del medicamento prescrito al paciente o de alguno de sus metabolitos en los fluidos orgánicos, y la terapia directamente observada. Los métodos indirectos pueden ser basados en la entrevista clínica al paciente, en el recuento de medicación sobrante, en el empleo de dispositivos electrónicos o en el análisis de los registros de dispensación”.^{2,3} En 2016, Carlos de las Cuevas dice “Los métodos objetivos directos se basan en la determinación de sus metabolitos o de sustancias trazadoras en fluidos biológicos. Los métodos objetivos indirectos valoran la adherencia a través de las circunstancias que se relacionan con la toma de la medicación y con el grado de control de la enfermedad”.⁴ Según Rocío Trujano “en la evaluación de la adherencia terapéutica, predomina aquella que se basa en las mediciones de la ingesta de dosis de medicamentos, en los resultados de los análisis clínicos y en el reporte del paciente acerca de su satisfacción en cuanto al control de su enfermedad con el tratamiento que se sigue”.⁵ Por otra parte, el título elegido no detalla bien el propósito; el contenido da a entender que el VIH es un factor de riesgo principal y único de mala adherencia al tratamiento antituberculoso, pero no a diabetes mellitus y otros.¹ El autor Wilfredo Vargas Onofre dice “Son varias las patologías que asociadas a la TBC se reconocen como factores de riesgo para abandono. El presentar co-morbilidad VIH/SIDA no representa riesgo de abandono al retratamiento”.⁶ En 2018, Cristina López Fuente menciona “Los factores psicosociales (pobre-

za y marginalidad) pueden repercutir en el trascurso de la enfermedad, condicionando una correcta adherencia al tratamiento antituberculoso”.⁷ En 2016, Alexander Anduaga relata “Diversos estudios indican que los hábitos nocivos podrían estar asociados al abandono del tratamiento, debido al comportamiento de riesgo y modo de vida que presenta este grupo de personas”.⁸

Por último; no como crítica al artículo presente, pero sí como una advertencia de un posible error en los datos presentados: en una tabla se indica que la frecuencia de alcohólicos fue del 32,6%, mientras que en la redacción se detalla el 5,8%, ocasionando la duda de qué porcentaje tomar en cuenta.

Concluyendo, hay dos métodos para medir la adherencia al tratamiento, y el que aplicó este artículo no está dentro de esas técnicas; por otra parte; si bien el VIH es un factor muy importante en la adherencia al tratamiento de TBC, hay más factores que inciden en un buen porcentaje de adherencia al tratamiento antituberculoso.

STEFFANY JULISSA PÉREZ BENITES, FREDDY JUSTO SUPA ALVITES, CINDY ELIZABETH ALCARRAZ MOLINA

Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Profesional de Medicina Humana. Universidad privada San Juan Bautista, Chinchilca, Perú.

(Correspondencia: cindy.alcarraz@upsjb.edu.pe3)

Referencias

1. Llanos Tejada F, et al. *Adherencia en tuberculosis asociada al VIH, no a la diabetes mellitus, en Lima*. Rev Méd Rosario 87: 67-72, 2021.
2. Neus Pagès-Puigdemont. *Métodos para medir la adherencia terapéutica*. Ars Pharm 59: 163-72, 2018.
3. Gil Guillen VF. *Métodos para medir el cumplimiento*. Educación Sanitaria: información al paciente sobre los medicamentos. <http://esteven.org/wp-content/uploads/2018/01/136721.pdf>
4. De las Cuevas C, Sanz EJ. *Métodos de valoración de la adherencia al tratamiento psiquiátrico en la práctica clínica*. Rev Iberoam Psicol Salud 7: 25-30, 2016.

5. Soria Trujano R, Vega Valero CZ, Nava Quiroz C. *Escala de adherencia terapéutica para pacientes con enfermedades crónicas, basada en comportamientos explícitos*. *Altern Psicol* 14(20), 2009.
6. Vargas Onofre W. Factores de riesgo asociados al abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes en retratamiento, en el distrito La Victoria período 2003- 2007. Tesis UNMSM Lima, Perú 2012. https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/2090/Vargas_ow.pdf?sequence=1&isAllowed=y
7. López Fuente C. Adherencia terapéutica en pacientes con Tuberculosis. Universidad Autónoma de Madrid- mayo 2018. https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/684901/lopez_fuente_cristinatfg.pdf?sequence=1&isAllowed=y
8. Anduaga-Beramendi A. Factores de riesgo para el abandono del tratamiento de tuberculosis pulmonar sensible en un establecimiento de salud de atención primaria, Lima, Perú. *Acta Méd.Peruana* 33(1), 2016.

Los autores de la ref. 1 han enviado la siguiente respuesta a esta Carta:

Estimado Sr. Director:

Respecto a nuestro artículo publicado previamente, denominado “Adherencia en tuberculosis asociada al VIH, no a la diabetes mellitus, en Lima”,¹ se ha recibido una Carta al Editor de los autores Steffany Julissa Pérez Benites y Freddy Justo Supa Alvites, quienes mencionan, adecuadamente a nuestro entender, los diversos métodos utilizados para medir la adherencia al tratamiento en las diversas patologías, siendo estos clasificados en directos e indirectos. Sin embargo, mencionamos que la definición utilizada en nuestro estudio se basó en las recomendaciones que utiliza el Ministerio de Salud del Perú, de acuerdo a NT 104-MINSA/DGSP Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de las Personas Afectadas por Tuberculosis, que determina como falta de adherencia a la falta de mínimo 3 dosis en la fase inicial (o también conocida como fase intensiva) o 5 dosis durante el tratamiento (fase intensiva y fase de continuación).

Reconocemos que esta definición es arbitraria, pero se ajusta a una definición utilizada bajo normatividad vigente en nuestro medio; por lo que se podría considerar como una medición de adherencia mediante un método indirecto confiable y replicable.

Respecto a la evidencia de otros factores de riesgo asociados a mala adherencia (irregularidad al tratamiento) y/o abandono al tratamiento, debemos coincidir en los comentarios expresados por los autores de la Carta al Editor. Aunque debemos mencionar que los estudios citados abordan el tema de Abandono al tratamiento, como es el caso del estudio de Wilfredo Vargas² y de Alexander Anduaga y col.,³ mientras que la metodología utilizada en el estudio de Cristina López Fuente difiere de nuestro estudio.⁴

Finalmente, expresamos nuestra coincidencia con la frase final de los autores de la Carta al Director, y citamos textual “hay más factores que implican en buen porcentaje a la adherencia al tratamiento antituberculoso”, por lo que insistimos en nuestra recomendación de realizar estudios que evalúen las variables asociadas a la adherencia al tratamiento.

Referencias

1. Llanos Tejada F. *Adherencia en tuberculosis asociada al VIH, no a la diabetes mellitus, en Lima*. *Rev Méd Rosario* 87: 67-72, 2021.
2. Vargas Onofre W. Factores de riesgo asociados al abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes en retratamiento, en el distrito La Victoria período 2003- 2007. Tesis UNMSM Lima, Perú 2012. https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/2090/Vargas_ow.pdf?sequence=1&isAllowed=y
3. Anduaga-Beramendi A, et al. *Factores de riesgo para el abandono del tratamiento de tuberculosis pulmonar sensible en un establecimiento de salud de atención primaria, Lima, Perú*. *Acta Med Peruana* 33(1), 2016.
4. López Fuente C. *Adherencia terapéutica en pacientes con tuberculosis*. Universidad Autónoma de Madrid, mayo de 2018. https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/684901/lopez_fuente_cristinatfg.pdf?sequence=1&isAllowed=y