

El diagnóstico de IDP se apoya en exámenes como dosaje de inmunoglobulinas y citometría de flujo para el recuento de linfocitos T (CD3, CD4, CD8), B (CD19), NK (CD16/56), entre otros ^(1,2); sin embargo, vemos que solo el 56,5% cuenta con dosaje de inmunoglobulinas y el 19,7% cuenta con citometría de flujo, en sus sedes hospitalarias. Aun cuando contamos con pocos centros que realizan exámenes para el diagnóstico inmunológico, no contamos con pruebas más precisas, como las subclases de inmunoglobulinas, anticuerpos específicos para antígenos bacterianos (ej. neumococo), pruebas de secuenciación genética, entre otras.

Para el paciente diagnosticado de IDP existen tratamientos disponibles que han mejorado su esperanza y calidad de vida ⁽¹⁾. Entre ellos, remarcamos el uso de inmunoglobulina humana, utilizada en deficiencias primarias de anticuerpos, inmunodeficiencias combinadas antes del trasplante y hasta que se restablezca la función de las células B y en otros trastornos específicos ⁽²⁾, y el trasplante de precursores hematopoyéticos (TPH) indicado para inmunodeficiencias severas que son letales en los primeros años de vida ⁽⁵⁾. El 37,4% de encuestados refirió haber usado inmunoglobulina en alguno de sus pacientes, y tan solo el 6,4% usó TPH; estos datos reflejan una brecha en el acceso a estos tratamientos. Además, la enfermedad en la que más se usó inmunoglobulina fue la enfermedad de Kawasaki, y solo en cuarto lugar se usó en las IDP.

Nuestra comunicación aproxima un escenario que permite sustentar políticas que busquen mejorar el subregistro de casos, la capacitación del personal de salud para reconocer las IDP, ampliar la contribución de nuestro país al registro LASID, motivar la implementación de laboratorios para diagnóstico inmunológico, y con todo ello lograr la mejora en la calidad y esperanza de vida de las personas que viven con IDP.

Fuentes de financiamiento: autofinanciado

Conflictos de interés: ninguno

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bonilla FA, Khan DA, Ballas ZK, Chinen J, Frank MM, Hsu JT, *et al.* Practice parameter for the diagnosis and management of primary immunodeficiency. *J Allergy Clin Immunol.* 2015;136(5):1186-205.e1-78. doi: 10.1016/j.jaci.2015.04.049.
2. Picard C, Al-Herz W, Bousfiha A, Casanova J, Chatila T, Conley M, *et al.* Primary Immunodeficiency Diseases: an Update on the Classification from the International Union of Immunological Societies Expert Committee for Primary Immunodeficiency 2015. *J Clin Immunol.* 2015;35(8):696-726. doi: 10.1007/s10875-015-0201-1.
3. Costa-Carvalho B, González-Serrano M, Espinosa-Padilla S, Segundo G. Latin American challenges with the

diagnosis and treatment of primary immunodeficiency diseases. *Expert Rev Clin Immunol.* 2016;21:1-7. doi: 10.1080/17446666X.2017.1255143

4. Sociedad Latinoamericana de Inmunodeficiencias [Internet]. Estadísticas de LASID enero del 2017 [Citado el 9 de febrero del 2017] Disponible en: <https://lasid.org>
5. Pai SY, Logan BR, Griffith LM, Buckley RH, Parrott RE, Dvorak CC, *et al.* Transplantation outcomes for severe combined immunodeficiency, 2000-2009. *N Engl J Med.* 2014; 371(5):434-46. doi: 10.1056/NEJMoa1401177.

Correspondencia: Daniel Enrique Mendoza Quispe

Dirección: Parque Unión Panamericana 136. Lima, Perú

Teléfono: (551) 987829720

Correo electrónico: daniel91emq@gmail.com

ESTIGMA RELACIONADO A VIH/SIDA Y NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL

STIGMA RELATED TO HIV/AIDS AND ADHERENCE TO ANTIRETROVIRAL THERAPY

Claudia Barreda-Velit^{1,a}, Rodrigo Salcedo-Pereda^{1,a}

Sr. Editor. Hemos leído atentamente el estudio realizado en el Hospital Nacional Dos de Mayo en el año 2014 ⁽¹⁾. Nos resulta relevante la asociación encontrada entre el estigma relacionado a VIH/SIDA y la no adherencia al tratamiento antirretroviral (TARV); más cuando el Perú alcanzó una falta de adherencia del 35,9% en 2009 ⁽²⁾. No obstante, creemos que el estudio tiene algunas limitaciones que afectarían la medición de la adherencia al TARV y, por lo tanto, a la fuerza de asociación.

En primer lugar, el desorden por uso de alcohol es una variable importante que influye en el análisis de adherencia al TARV. Se han encontrado prevalencias entre 17 y 29% de abuso de alcohol en pacientes VIH positivos ⁽³⁾, y existe asociación entre este desorden y la falta de adherencia al TARV ⁽⁴⁾. Por este motivo, cuestionamos la ausencia de esta variable en el presente análisis. Dentro de limitaciones se mencionan factores

¹ Escuela de Medicina, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas, Lima, Perú.

^a Estudiante universitario de Medicina

Recibido: 17/02/2017 Aprobado: 08/03/2017 En línea: 28/06/2017

Citar como: Barreda-Velit C, Salcedo-Pereda R Estigma relacionado a VIH/SIDA y no adherencia al tratamiento antirretroviral. *Rev Peru Med Exp Salud Publica.* 2017;34(2):347-8. doi: xxxxxxxxxxxxxxx

psicosociales en general; sin embargo, creemos que el desorden por uso de alcohol es una limitación muy fuerte como para no tomarla en cuenta en el estudio. De esta manera, en caso no se haya tomado por una razón en específico, debería recalarse dentro de las limitaciones.

En segundo lugar, el 18% de las encuestas fueron anuladas debido a falta de datos o inconsistencia entre los mismos, lo cual podría sesgar el estudio. Sería interesante tener acceso a una tabla que compare la lista de excluidos e incluidos para conocer los datos de la distribución de las variables. De esta manera, podría inferirse cómo hubieran podido influir en la asociación.

En tercer lugar, para el cálculo del tamaño muestral se utilizó la fórmula correspondiente a estudios de prevalencia, siendo la fórmula para diferencia de proporciones la idónea en un estudio de asociación. Además, no se ha citado la fuente de la que se obtuvo la proporción esperada de estigma relacionado a VIH del 60%, siendo esta proporción menor a la reportada en las referencias bibliográficas del artículo en mención (Sayles JN *et al.*, Valenzuela C. *et al.*).

Finalmente, utilizan la encuesta por autorreporte *Simplified Medication Adherence Questionnaire* (SMAQ) para medir la no adherencia al TARV. Se consideraron no adherentes a aquellos pacientes que contestaron afirmativamente las preguntas 1, 3, 4, 5 o 6; o que contestaron negativamente la pregunta 2. De esta manera, obtuvieron una prevalencia del 66,7% de pacientes no adherentes. No obstante, el SMAQ solo se considera válido cuando la pregunta 5 o 6 es contestada afirmativamente ⁽⁵⁾. Cabe resaltar que esta encuesta fue utilizada anteriormente en nuestro país y obtuvo una prevalencia de 35,9% de no adherencia; sin embargo, en esa oportunidad la variable resultado también fue medida con carga viral y otros datos de laboratorio ⁽²⁾.

Contribución de los autores: ambos autores hicieron la revisión de la bibliografía y redacción del manuscrito.

Fuentes de financiamiento: autofinanciado.

Conflictos de interés: los autores declaramos no tener conflicto de interés.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Zafra-Tanaka JH, Ticona-Chavez E. *Estigma relacionado a VIH/SIDA asociado con adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes de un hospital de Lima, Perú 2014*. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2016;33(4):625-32. doi: 10.17843/rpmesp.2016.334.2544
- Alvis O, De Coll L, Chumbimune L, Díaz C, Díaz J, Reyes M. *Factores asociados a la no adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en adultos infectados con el VIH-SIDA*. An Fac med. 2009;70(4):266-72.
- Neblett R, Hutton HE, Lau B, McCaul ME, Moore RD, Chander G. *Alcohol consumption among HIV-Infected women: impact on time to antiretroviral therapy and survival*. J Womens Health (Larchmt). 2011;20(2):279-86. doi: 10.1089/jwh.2010.2043
- Azar MM, Springer SA, Meyer JP, Altice FL. *A systematic review of the impact of alcohol use disorders on HIV treatment outcomes, adherence to antiretroviral therapy and health care utilization*. Drug Alcohol Depend. 2010; 112(3):178-93. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2010.06.014
- Knobel H, Alonso J, Casado JL, Collazos J, González J, Ruiz I, *et al.* *Validation of a simplified medication adherence questionnaire in a large cohort of HIV infected patients: the GEEMA Study*. AIDS. 2002;16(4):605-13.

Correspondencia: Rodrigo Salcedo-Pereda

Dirección: Escuela de Medicina, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas. Alameda San Marcos, Distrito de Chorrillos 15067. Lima, Perú.

Teléfono: (511) 988116887

Correo electrónico: rodrigospa5@gmail.com

ESTIGMA RELACIONADO A VIH/SIDA Y NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL – RÉPLICA

STIGMA RELATED TO HIV/AIDS AND ADHERENCE TO ANTIRETROVIRAL THERAPY - REPLY

Jessica H. Zafra-Tanaka^a

Sr. Editor. Me alegra el interés que ha despertado nuestra publicación previa, pues nos permite discutir el problema del estigma relacionado a VIH en nuestro medio. A continuación, responderé a las observaciones realizadas por los autores de la carta al editor.

Primero, como los autores mencionan, el consumo de alcohol ha sido asociado a la falta de adherencia al tratamiento antirretroviral (TARV). Sin embargo, el consumo de sustancias como el alcohol o el tabaco han sido señaladas como consecuencias del estigma relacionado a VIH ⁽¹⁾. Esto sugiere que el consumo de alcohol tendría un rol mediador en la relación entre el estigma relacionado a VIH y la falta de adherencia

¹ Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.

^a Médico cirujano

Recibido: 02/05/2017 Aprobado: 24/05/2017 En línea: 28/06/2017

Citar como: Zafra-Tanaka JH. Estigma relacionado a VIH/SIDA y no adherencia al tratamiento antirretroviral - réplica. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2017;34(2):348-9. doi: xxxxxxxxxxxxxxxx