



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA
FACULTAD DE MEDICINA

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR
POR EL GRADO ACADÉMICO DE BACHILLER
EN MEDICINA**

TÍTULO:

**Estudio de Métodos Mixtos (Fase 1) sobre la Adherencia al
Tratamiento Antirretroviral y Retención en Cuidado durante los
Periodos de Gestación y Post-Parto**

ALUMNOS:

Ana Lucía Contreras Vergara

Carolina del Rosario Liu Sánchez

ASESORES:

Elsa Violeta González Lagos

Eduardo Gotuzzo Herencia

2018

CONTENIDO

Resumen	3
Abstract	4
Introducción	5
Material y Métodos	6
Población de estudio	6
Procedimientos del estudio	7
Componente cualitativo	7
Análisis de datos	8
Análisis de datos: Componente cuantitativo	8
Consideraciones Éticas	9
Resultados	10
Discusión	17
Conclusiones	20
Fortalezas y Limitaciones	20
Declaraciones	21
Agradecimientos	21
Referencias Bibliográficas	22
Anexos	26

RESUMEN

Antecedentes: En gestantes con infección por VIH, la adherencia a la terapia antirretroviral (ART) contribuye a la prevención de la transmisión vertical y a la mejoría del estado inmunológico de la paciente. **Objetivo:** En el contexto de un estudio todavía en curso, en este trabajo se describe la adherencia a la terapia antirretroviral y los factores que influyen en ella durante el periodo de gestación. **Material y Métodos:** Estudio de métodos mixtos concurrente. En el componente cualitativo principal, se realizaron entrevistas a profundidad a gestantes y puérperas con infección por VIH seleccionadas propositivamente. Se analizó iterativamente por codificación basada en los datos hasta alcanzar saturación sobre la situación de adherencia y las barreras y motivaciones principales. En el componente cuantitativo, se analizó la respuesta al ART en el total de gestantes atendidas en el centro durante el periodo de estudio. **Resultados:** Existen consistentes problemas de adherencia, si bien ocasionales. Tales problemas se dan a pesar de la disposición activa para mantener la adherencia, motivada fundamentalmente por un sentido de responsabilidad materna hacia el bienestar de los hijos. En muchos casos los problemas de adherencia son secundarios a molestias importantes durante la gestación. Se identifican actitudes diferenciales hacia el diagnóstico y el tratamiento de acuerdo al tiempo de diagnóstico, y la reconstrucción de imágenes personales a partir del mismo. **Conclusiones:** Se identifica la ocurrencia de problemas de adherencia en pacientes gestantes a pesar de una disposición activa por mantenerla.

Palabras Clave: cooperación del paciente, gestación, posparto, TARRA, VIH, Perú

ABSTRACT

Background: In pregnant women with HIV infection, adherence to antiretroviral therapy (ART) contributes to the prevention of vertical transmission and to the improvement of the patient's immune status. **Objective: In the context of an ongoing investigation, this study describes ART adherence and its influencing factors during pregnancy.** **Material and Methods:** Concurrent mixed methods study. For the main qualitative component, in-depth interviews were conducted to pregnant and post partum women with HIV infection propositively selected. An iterative analysis was done by data based coding until saturation was achieved for the situation of adherence and its principal barriers and facilitators. For the quantitative component, we analyzed ART response in the population of pregnant women treated at the place of the study during the time this was conducted. **Results:** There are consistent problems of adherence, albeit occasional. Such problems occur in spite of the active disposition to maintain adherence, motivated fundamentally by a sense of maternal responsibility towards the well-being of the children. In many cases, the problems of adherence are secondary to significant discomfort during pregnancy. Differential attitudes towards diagnosis and treatment are identified according to the time of diagnosis, and the reconstruction of personal images from the diagnosis. **Conclusions:** The occurrence of adherence problems in pregnant patients is identified despite an active disposition to maintain it.

Keywords: patient adherence, pregnancy, postpartum, HAART

INTRODUCCIÓN

El número de gestantes con infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) se encuentra en aumento (1-3) y comprende a quienes se enteran del diagnóstico durante el embarazo, durante el parto, o a las personas que ya conocían su diagnóstico y posteriormente salen embarazadas. En todos los contextos, es posible que se dé la transmisión vertical -madre a niño, o MTCT por sus siglas en inglés. Aunque desde 1995 se instalaron programas con el objetivo de prevenir la transmisión vertical, esta sigue ocurriendo y es la principal causa de infección por VIH en población pediátrica (4).

Una de las piedras angulares de estos programas es el inicio de la terapia antirretroviral (ART, por sus siglas en inglés), a la cual acceden cada vez mayor número de gestantes a nivel mundial (1). Tales programas tienen como ideal optimizar la adherencia y retención en cuidado a la terapia antirretroviral. Diversos factores parcialmente identificados (5-7) obstaculizan tal meta: en el 2015, se estima que hubo 150 000 niños con transmisión vertical del VIH (8).

Además de prevenir la transmisión vertical, para la gestante el uso de ART conlleva a la disminución de la carga viral y el aumento del número de células CD4 (9, 10); la recomendación actual es no interrumpir ART. Sin embargo, en diferentes contextos se ha reportado que durante el puerperio la adherencia y la retención en cuidado, concepto que incluye el sentido de continuidad y recepción de cuidado en momentos relevantes de tiempo, son significativamente menores respecto a las gestantes (11-16). Una buena adherencia y adecuada retención en cuidado son fundamentales para garantizar la salud (15).

En una reciente revisión sistemática, la adherencia en las puérperas fue 53%, mientras que en las gestantes fue 71.5% (12), con variaciones entre países que indican la necesidad de identificar aquellos factores de mayor relevancia específicos para cada población (5, 6, 13-15). En el Hospital Cayetano Heredia, se describió que entre los años 2004 y 2014, la mayoría de gestantes con infección por VIH tuvieron acceso al sistema de salud en las fases tardías del embarazo, pudiendo llegar incluso en el puerperio y se hizo énfasis en los problemas de retención en cuidado (17). Si bien en ese trabajo se postularon como potenciales motivos que explicarían tal hallazgo la multiparidad, el tiempo de inicio de la ART, la edad gestacional, entre otros, no han sido evaluados de manera prospectiva.

En el contexto de un estudio todavía en curso sobre los factores que influyen en la adherencia y retención en cuidado en mujeres con infección por VIH atendidas en un hospital de referencia durante la gestación y el periodo post-parto, el objetivo de este estudio es describir los hallazgos correspondientes a la adherencia durante el periodo de gestación.

MATERIALES Y MÉTODOS

El diseño corresponde a un estudio de métodos mixtos con un componente cualitativo predominante y un componente cuantitativo concurrente. El estudio se realizó entre diciembre del 2016 y febrero del 2018 en las instalaciones del Instituto de Medicina Tropical Alexander von Humboldt (IMTA vH) del Hospital Cayetano Heredia, en coordinación con la Estrategia Sanitaria Nacional de Control y Prevención de ITS, VIH y SIDA (ESNITSS) del centro de estudio.

Población de estudio: Para el componente cuantitativo se consideraron como participantes a mujeres incluidas en la ESNITSS del Hospital Cayetano Heredia de 18 o

más años que se encontraban en periodo de gestación o post-parto. El diagnóstico de infección por VIH podía haber sido realizado previamente o durante la gestación. Para el componente cualitativo, se llevó a cabo un muestreo propositivo considerando los criterios de máxima variabilidad de momento del diagnóstico, edad, paridad, sintomatología clínica asociada al VIH y edad gestacional.

Procedimientos del estudio

Componente cualitativo

Preparación para las entrevistas: las investigadoras principales recibieron capacitación teórico-práctica por seis meses sobre metodología cualitativa en el IMTAvH, bajo la supervisión directa de uno de los asesores. Mediante la simulación de entrevistas a participantes bajo un variado espectro de contextos, las investigadoras desarrollaron las habilidades requeridas para llevar a cabo tales entrevistas.

Identificación de participantes elegibles, inclusión al estudio y estrategia de muestreo: el personal de la ESNITSS contribuyó en la identificación de participantes potencialmente elegibles que acudían a visitas ambulatorias o a controles virológicos; de esta manera la identidad de las potenciales participantes no era conocida previamente por agentes externos a la ESNITSS. Cuando mostraban interés en el estudio, se les ponía en contacto con las investigadoras principales. Las investigadoras ampliaron las explicaciones del estudio a las participantes elegibles contactadas y se procedió con el consentimiento informado cuando hubo aceptación a participar, programándose la entrevista en horarios convenientes.

Entrevistas a profundidad y recolección de información: se realizaron de acuerdo a guías de preguntas las cuales fueron formuladas en base al análisis de la literatura sobre los factores potencialmente asociados a adherencia (**Anexos 1 y 2**). En algunos casos, a

Estudio de Métodos Mixtos (Fase 1) sobre la adherencia al tratamiento antirretroviral y retención en cuidado durante los periodos de gestación y post parto 7

petición expresa de las participantes, hubo la presencia adicional de un allegado. Con el consentimiento de las participantes, las entrevistas fueron grabadas en audio para su posterior descarga, protección en archivos codificados con contraseñas, transcripción y análisis. La duración aproximada de las entrevistas fue una hora.

Los datos sociodemográficos y clínicos de interés adicional (ver sección de análisis cuantitativo) fueron registrados en la “Ficha de Recolección de Datos”. Los datos de cargas virales y esquemas de tratamiento se obtuvieron de la base de datos de la ESNITSS VIH.

Análisis de Datos

El análisis cualitativo se dio de manera paralela a la recolección de datos, iterativamente y con atención a la reflexividad, entendido como el proceso de volver hacia uno mismo para examinar críticamente el efecto que se produce en el desarrollo de la investigación (18).. Para la interpretación inicial, cada entrevista fue escuchada en una primera instancia por el grupo de investigación el día en el que se llevó a cabo. Además de valorar la calidad de la entrevista en cuanto a profundización, formulación de preguntas e información obtenida, se discutían las interpretaciones priorizando la refutación de impresiones y procurando integrar el significado general de la información. Ya con las transcripciones disponibles, cada investigadora verificó su exactitud con los audios (656 minutos de audio en total); a partir de tal contraste, se definió la versión final transcrita.

Codificación: se realizó a partir de los datos (19), antes que a partir de conceptos teóricos predefinidos. En escuchas sucesivas (individuales y conjuntas), y con la intención de comprender la totalidad de la información otorgada por las participantes, se identificaron dimensiones generales como gestación, diagnóstico y tratamiento, cada una de las cuales contenía otras categorías de menor jerarquía como planificación del

embarazo, revelación del diagnóstico, sentimientos hacia el VIH, entre otros. El proceso de codificación fue desarrollado iterativamente, alternando ciclos de trabajo independiente de cada investigadora y contraste/refinamiento. Esto condujo al desarrollo de una matriz de análisis en la cual se resumió la información más relevante de cada participante de acuerdo a las categorías identificadas. En siguientes fases, hubo una retroalimentación iterativa entre los contenidos de la matriz y los códigos finales. Los códigos finales (**Anexo 3**) se desarrollaron en función de la matriz a partir de la asignación de códigos de manera manual al texto transcrito línea por línea y la comparación y discusión entre investigadores.

Triangulación y saturación: la triangulación se dio a partir del contraste de situaciones descritas por las participantes para las características de máxima variabilidad de la información. La saturación se definió en el momento en el cual las investigadoras principales y uno de los asesores coincidieron en que las entrevistas adicionales no generaban nueva información sobre la situación de adherencia y los principales factores influyentes, pero se condujeron tres entrevistas adicionales para ponerlo a prueba.

Análisis de datos: componente cuantitativo

Para ampliar la comprensión de los resultados del componente cualitativo se analizó la frecuencia de supresión virológica en gestantes a partir de un análisis de datos de rutina de las pacientes incluidas en la ESNITSS VIH en el periodo 2016-2017. Se reportan las características basales de edad, lugar y tiempo de diagnóstico VIH, experiencia con tratamiento antirretroviral, carga viral basal al inicio y al final de la gestación.

Consideraciones Éticas

El protocolo de investigación tuvo la aprobación del Comité Institucional de Ética en Investigación de la Universidad Peruana Cayetano Heredia y del Comité de Ética del Estudio de Métodos Mixtos (Fase 1) sobre la adherencia al tratamiento antirretroviral y retención en cuidado durante los periodos de gestación y post parto

Hospital Cayetano Heredia. Durante las entrevistas realizadas se tuvo especial atención en minimizar el potencial impacto emocional de ciertas preguntas en las participantes, pero también en las investigadoras. La información se manejó de forma anónima, codificada y en computadoras protegidas.

RESULTADOS

Atención a gestantes con infección por VIH en el centro de estudio

Entre enero 2016 y diciembre 2017, se registraron 132 gestantes con prueba reactiva para VIH: 88 (67.7%) tuvieron la prueba indicada en otro establecimiento y 28 (21.5%) en el centro de estudio. Para 16 (12.1%) no se encontró registro concerniente a este punto. En 22 (16.9%) de las 132 gestantes, las pruebas confirmatorias descartaron la infección por VIH. Entre las 110 restantes, la edad media fue 24.4 años (desviación estándar [DE]: 6.4) y el 53.9% (70/130) tenía educación secundaria. En 59 de 108 (54.6%), el diagnóstico de VIH fue previo a la gestación y en 10 casos se reportó antecedentes de uso previo de antirretrovirales (ARVs). Respecto a las dos gestantes faltantes, no se encontró información al respecto. La mediana de carga viral al momento de la gestación fue 1110 copias/ml (RIC: 0-17300); al término de la gestación fue 20 copias/ml (RIC: 0-464).

Características de las participantes al momento de la entrevista

Se realizaron 12 entrevistas a profundidad: 10 a gestantes y 2 a púerperas con infección por VIH. Las edades varían entre 19 y 41 años, con un promedio de 30.3 años. La mitad (06) tenía grado de instrucción superior, un tercio (04), secundaria completa y nueve eran amas de casa. La edad gestacional varía entre las semanas 14 y 37, con un promedio de 27 semanas. El tiempo de diagnóstico de VIH, en meses, va de 3 a 139, con un promedio de 51.7 meses; la mitad se enteró de su condición durante alguna

Estudio de Métodos Mixtos (Fase 1) sobre la adherencia al tratamiento antirretroviral y retención en cuidado 10
durante los periodos de gestación y post parto

gestación, ya sea previa o actual y las otras seis lo hicieron previamente a la gestación. El tiempo de tratamiento va de 3 a 133 meses, con un promedio de 36.8 meses. Ocho participantes (66.6%) se encontraron con carga viral indetectable; los valores de CD4 variaron entre 186 a 1398 cél/mm³, con un promedio de 528 cél/mm³. Las características detalladas se presentan en las tablas 2 y 3 (**Anexos 4 y 5**).

Problemas de adherencia al tratamiento antirretroviral a pesar de una firme disposición a mantener la adherencia

Un resultado principal es que se identificó una constante y firme disposición por mantener la adherencia al tratamiento antirretroviral; la motivación principal es un sentido de responsabilidad materna hacia el bienestar de sus hijos; tal motivación implica el anhelo de asegurar que estén sanos, libres de VIH pero también sin malformaciones, y poder cuidarlos. Tal sentido de responsabilidad materna contribuye al propósito de mantener la adherencia al tratamiento antirretroviral frente a barreras frecuentes, incluyendo molestias físicas.

“[...] yo lo tomo porque, más que todo porque estoy gestando [...]” (G008, gestante diagnosticada en el presente embarazo refiriéndose a la toma de medicamentos)

[...] me daba náuseas, pero como he tenido miedo de que a mi bebé le pueda hacer mal, igual las tomaba, esperaba que hagan efecto y cuando ya no aguantaba más, las vomitaba [...]” (G009, gestante diagnosticada en el 2007, refiriéndose a los efectos adversos en la gestación actual)

Al mismo tiempo, identificamos el rol del entorno social y de los proveedores de salud en la insistencia hacia el mensaje percibido de asumir la protección del niño como lo

principal. En tal contexto, el propio bienestar se relegaba a una motivación secundaria para la adherencia al tratamiento.

“Al inicio me chocó, no quería tomarlas, no quería venir, pero llega un momento en que entiendes que tienes que ver por él, por tu hijo, y solo te importa que nazca bien. Por eso y también porque lo quieres ver crecer y para eso tienes que estar bien.”
(G005, diagnosticada durante el presente embarazo, describiendo el sentimiento inicial hacia la condición y sus motivaciones para mantenerse adherente)

“[...] una vez que salga mi hijo, a mí que me pase todo pero no a él [llora]” (G001, diagnosticada durante el embarazo, expresando el deseo de protección hacia su hijo)

“[...] de hecho que las tengo que tomar para que el bebé esté bien, porque la doctora me dijo ‘Depende de ti si sale positivo o negativo’” (G006, segunda gestación con VIH, refiriéndose al motivo por el cual actualmente se mantiene adherente)

Al margen de la disposición activa para mantener la adherencia, en todas las participantes se identificó interrupción ocasional. En la mayoría, las náuseas y vómitos eran constantes e intensos y en algún momento afectaron la adherencia; llamó la atención que aunque algunas participantes negaron tales molestias, estaban evidentemente nauseosas. Se debe resaltar que la mayoría de participantes inicialmente afirmaron tener una adherencia continua e ininterrumpida, pero a lo largo de la entrevista reconocieron situaciones de interrupción, incluyendo la omisión de toma de pastillas, fuera por olvidos o por somnolencia, y la modificación de dosis en el ánimo de tolerar mejor el tratamiento.

“[...] siempre trato de seguir las indicaciones del doctor al pie de la letra [...] en realidad no las estoy tomando como debería tomarlas por el problema de las náuseas”

(G009, gestante diagnosticada en el 2007, describiendo los problemas asociados a la toma de medicamentos en el presente)

“Sí, a veces me olvidaba. [...] a veces el sueño ya me ganaba y no las tomaba, y al día siguiente sí las tenía que tomar [...]. Pero no era así siempre, no era todo así, no era muy seguido. Mayormente era en la noche, a veces me olvidaba, tenía que estar poniendo mi alarma [...] y me iba corriendo a tomar. [...] (G00X, gestante diagnosticada en el 2009 durante su segundo embarazo, expresando la disposición a mantenerse adherente en el embarazo actual)

“A veces lo tomaba, otras no. No lo aceptaba. Recién cuando comencé a bajar de peso me di cuenta de que estaba mal y las comencé a tomar.” (P002, puérpera diagnosticada en el 2014 haciendo referencia a la motivación para reiniciar ART)

Si bien la mayoría de las participantes encaraban el tratamiento como una responsabilidad propia, reconocían el rol de ciertos facilitadores que las animan y les permiten continuar con la terapia en el día a día. En muchos casos la familia ha sido una fuente de soporte emocional e instrumental. El soporte ofrecido por ciertos miembros del Sistema de Salud y pares también tiene un efecto positivo en la población en estudio.

“[Refiriéndose a sus padres] Están ahí, me dicen ‘Tienes que tomar’ o ‘¿ya las has tomado?’” (G002, gestante diagnosticada en el 2016)

“Él (la pareja) a veces me dice ‘¿Has tomado tu pastilla?’. Los dos nos hacemos acordar. A veces él me trae. Él es mi principal apoyo.” (G009, gestante diagnosticada en el 2007)

“Mis doctores son alegres, te impactan, tratan de desviarte de la enfermedad, te hablan de tu vida diaria. [...] (Mi pareja) me dice que las tengo que tomar y hacer el esfuerzo por el bebé, que es para nuestro bien. [...] (G004, gestante diagnosticada en el 2017 describiendo el apoyo recibido por el personal de salud y su entorno familiar)

La embarazada con infección VIH vs. la persona con VIH embarazada: actitudes diferenciadas hacia el diagnóstico y el tratamiento

Encontramos diferencias entre las participantes con diagnóstico de VIH previamente o aquellas que lo recibieron durante el embarazo en sus actitudes hacia el diagnóstico de VIH y el tratamiento. En estas diferencias influyen el tiempo de diagnóstico y la experiencia directa de síntomas asociados.

Para el primer grupo, con diagnóstico previo no reciente, en varias ocasiones durante una gestación anterior, la nueva gestación podía tener el simbolismo de superar al VIH. En la mayoría de tales casos, las participantes habían remontado el temor o falta de proyección al futuro que experimentaron al inicio del diagnóstico para darle cabida a nuevas aspiraciones y relaciones personales; el VIH aparecía como uno de los elementos que puede dificultar, pero no necesariamente impedir tales aspiraciones. En cuanto al tratamiento, suelen estar familiarizadas con el hábito de tomar las pastillas en su esquema del día a día, así hubieran abandonado previamente el tratamiento. Sin embargo, manifiestan inquietud respecto a los posibles efectos teratogénicos del mismo.

“Entonces le digo a la doctora ‘Hemos decidido tener un bebé’ [...] y le dije ‘Doctor, ¿estoy embarazada?’, y él me miraba ‘Sí, estás embarazada’. ‘¿De verdad?’, ‘Sí’, y yo no lo podía creer [...] Sí, me sentí feliz [...]” (G006, gestante diagnosticada en el 2011 recordando la planificación de su embarazo actual)

“[...] acá también la doctora me dijo que continúe con el tratamiento, no suspenderlo, primero estaba feliz, después asustada, dije ‘ojalá que las pastillas no le vayan a hacer daño al bebé’.” (G007, gestante diagnosticada en el 2006, en su primera gestación con VIH expresando su preocupación por el potencial daño de la ART)

“Con este tratamiento yo estoy un poco preocupada porque al comienzo, como el bebé recién se está formando, no debes tomar medicamentos.” (G00X, gestante diagnosticada en el 2009 durante su segundo embarazo describiendo la información recibida en otro establecimiento de salud)

El segundo grupo comprende a mujeres con un diagnóstico reciente y cuya gestación actual les hizo descubrir que eran portadoras de VIH; para ellas, el diagnóstico es un hito de vida que implica asombro, temor, incertidumbre y también vergüenza o inclusive culpa especialmente en el contexto del mencionado sentido de responsabilidad hacia el bienestar de sus hijos. En otros casos, especialmente cuando la condición transcurre clínicamente silente, aparecían dudas sobre tener realmente el diagnóstico. La actitud hacia el tratamiento es casi como uno de salvataje y son sensibles a aquellas, adoptadas por el entorno, que les recuerdan que no son más una gestante “normal” a través de acciones diferenciadas. En este grupo se percibe también un mayor énfasis de los proveedores de salud para tomar las pastillas de inmediato y anteponer la salud del niño.

“Hasta que salí embarazada y eso fue lo más hermoso porque tanto lo quería (...) pero no sabía que tenía la enfermedad” (G005, gestante diagnosticada durante el presente embarazo describiendo el sentimiento inicial hacia el VIH)

El VIH y la modificación de la imagen personal

En todos los casos, descubrirse como personas que viven con VIH ha afectado la imagen personal. Con frecuencia en las fases iniciales había miedo al rechazo que se acompaña de estrategias para esconder la condición VIH; esto solía acompañarse de una sensación de poco control sobre sus vidas. Incluso en el contexto de vínculos afectivos importantes en el entorno inmediato, se identificaba una sensación de aislamiento y duelo personal que se agravaba por situaciones de exposición a la vergüenza y al rechazo.

“En este momento solo lo sé yo. Porque no es fácil, no todos entienden, te ven como una persona rara o te pueden decir que los puedes contagiar. [...]no todos saben realmente cómo es la enfermedad.” (G005, gestante diagnosticada en el 2017 durante su embarazo, haciendo referencia a las actitudes de la sociedad en relación al diagnóstico)

“Le dije: Yo tengo una enfermedad, piensa bien realmente si quieres seguir estando conmigo. [...] Pensé que me iba a dejar” (G00X, gestante diagnosticada en el 2009, describiendo el miedo inicial ante la revelación de su condición)

“Escucho comentarios en mi familia. [...] Pienso que se van a alejar.” (G001, gestante diagnosticada en el 2016 durante su embarazo, describiendo experiencias vividas luego de revelar su diagnóstico)

“La sociedad es bien cruel con las personas que tienen VIH [...] te ponen a un lado, te ven como si los fueras a contagiar, como si te tuvieran asco” (G003, gestante diagnosticada en el 2012 haciendo referencia potenciales situaciones ligadas al conocimiento de su diagnóstico)

El sentido de responsabilidad materna mencionado previamente parece catalizar las respuestas de adaptación y redefinición de la imagen personal; esto incluso en presencia

Estudio de Métodos Mixtos (Fase 1) sobre la adherencia al tratamiento antirretroviral y retención en cuidado durante los periodos de gestación y post parto 16

de tensiones internas ante el temor a la transmisión de la condición al niño, las posibles complicaciones y la comunicación del diagnóstico a la pareja.

“Si tengo, tengo; hay que seguir adelante.” (P001, puérpera diagnosticada en el 2014 durante su segundo embarazo describiendo el deseo de superación de la condición)

“Es difícil saber que lo tengo (el VIH), lo otro (el tratamiento) es fácil.” (G002, gestante diagnosticada en el 2016, enfatizando lo difícil que es contar con este diagnóstico)

“A estas alturas ya no estamos buscando culpables, sino soluciones.” (G004, gestante diagnosticada en el 2017, otorgando una nueva visión respecto a su condición)

La integración de estos resultados determina un modelo conceptual de adherencia al tratamiento antirretroviral en gestantes que se incluye en el Gráfico 1 (**Anexo 6**).

DISCUSIÓN

Se identificaron dificultades para mantener la adherencia en la muestra estudiada, a pesar de la motivación de algunas participantes para mantenerla. Identificamos que el sentido de responsabilidad materna fue un factor principal para mantener la adherencia a la terapia antirretroviral. Sin embargo, tal disposición se enfrenta a la aparición de efectos secundarios como náuseas y puede coexistir con la incertidumbre por el efecto de los fármacos en el desarrollo del feto, especialmente cuando en gestaciones previas se les indicó retrasar la terapia por tal motivo. La maternidad sirve de motivación para mantener la adherencia al tratamiento y tolerar inconvenientes físicos y emocionales, siendo la salud del hijo asumida como la razón principal. En ello, la insistencia de allegados del entorno y de los prestadores de salud también influye.

La maternidad, espontáneamente o a insistencia del entorno y de los prestadores de salud, se configura como una motivación dominante para mantener la adherencia al tratamiento y remontar dificultades físicas y emocionales, encabezadas por el temor por la salud del niño y, en menor medida la propia, a un punto que afecta la propia imagen. Adicionalmente, identificamos que por encima de la comprensión de las implicancias inmediatas o futuras para la salud propia, tal disposición se ve modificada por la evolución de la representación de la condición VIH en la imagen personal y, en menor medida, por el soporte percibido en los entornos sociales y del servicio de salud. La integración de estos resultados determina un modelo conceptual de adherencia al tratamiento antirretroviral en gestantes que se incluye en el Gráfico 1 (**Anexo 6**).

La adherencia es un comportamiento dinámico (19) que se aprende y puede modificarse. También es un proceso complejo en el que las percepciones y experiencias sobre el tratamiento se incorporan como creencias propias y expectativas (20). De esta forma, la toma de medicamentos se convierte en un hábito y esto contribuye a mantener la adherencia (21). Tal proceso depende de factores relacionados al paciente (como respuesta a condiciones físicas y psicológicas), de los profesionales de salud involucrados y del sistema de salud (19, 22)

Aunque los problemas de adherencia fueron consistentes en la población de estudio, hubo diferencias entre las participantes con diagnóstico de VIH previo al embarazo y quienes lo recibieron recientemente durante la gestación actual. Aquellas diferencias se explican, cuando menos parcialmente, por cuestiones de imagen personal y aceptación de la condición. El primer grupo reporta considerar al embarazo como un triunfo sobre la enfermedad; el segundo no tiene certeza sobre el significado del VIH. No hemos identificado estudios previos con metodología cualitativa que identifiquen tales diferencias.

La imagen personal de un individuo se encuentra en constante cambio, y se forma a partir del proceso de reflexividad entre las interacciones sociales y el concepto de uno mismo (23). Las implicancias percibidas del VIH de alguna manera fuerzan la inclusión de una nueva imagen en la persona (25), para lo cual la aceptación del diagnóstico de VIH es una etapa inicial. La aceptación es menor en entornos que no permiten la normalización del VIH y donde el estigma socava la imagen de la persona, su sentido de valor y favorece su aislamiento (23). La OMS y diferentes autores mantienen que se debe tratar el VIH como una condición crónica y abogan por normalizarla. (25, 26). En contraste, nuestros resultados ilustran que tal aspiración no se refleja en los planos de atención rutinaria. Las participantes del estudio estuvieron expuestas a situaciones que ilustran la persistencia del estigma asociado al VIH, haya sido realmente experimentado o anticipado al considerar revelar su condición. En mujeres, las consecuencias reportadas de la comunicación del diagnóstico abarcan el experimentar personalmente o imaginar actitudes estigmatizantes, sentimientos de culpa, disolución marital, abandono y abuso físico en algunos casos (27). Dichas experiencias fuerzan la reconstrucción de una imagen personal que les permita enfrentarlas (28). En tal proceso, la maternidad también parece representar un componente fundamental, si bien puede generar ciertos conflictos, por ejemplo, frente al temor a la transmisión vertical, efectos teratogénicos y *disclosure* con la pareja (29). En la literatura se describe que tales conflictos puede transformarse en una barrera para la adherencia. Sin embargo, es necesario ahondar en cómo evolucionan en el tiempo (29).

La población refirió náuseas y vómitos constantes que en algunos casos afectaron la adherencia. La tolerancia a efectos secundarios del ART es un componente esencial de la adherencia, dado que estos pueden disminuirla y se asocian con su discontinuación (30 - 32). Los efectos secundarios en gestantes son mayores en frecuencia e intensidad:

las náuseas y vómitos alcanzan frecuencias superiores al 50% (33, 34). En un estudio de gestantes con ART en Sudáfrica, el 81% reportó efectos adversos gastrointestinales; aquellas que experimentaron algún efecto secundario fueron más propensas a reportar olvido de tomas (30). Si bien se recomienda el inicio inmediato de ART en gestantes, se debe reforzar la tolerabilidad de los esquemas seleccionados, en particular si incluyen Efavirenz (30). Las barreras más frecuentes reportadas en otros estudios cualitativos fueron depresión, no comunicación del diagnóstico, temor por la salud del feto y joven edad materna (6). Por otro lado, las pacientes refieren tener facilitadores que las animan y les permiten continuar con la terapia a diario. El soporte familiar, emocional e instrumental, así como el de ciertos miembros del servicio de salud, ha jugado un importante rol en la adherencia y retención en cuidado de esta población, como ha sido previamente reportado (5, 35 - 37).

CONCLUSIONES

Se concluye que existe un consistente problema de adherencia al tratamiento antirretroviral en mujeres gestantes a pesar del deseo y convicción en mantener la misma. Tal convicción prioriza el bienestar del bebé sobre el de la gestante.

Asimismo, se perciben efectos importantes en la pérdida y redescubrimiento de la imagen personal en las pacientes con diagnóstico reciente de VIH durante la gestación, lo cual probablemente demande necesidades adicionales de servicios de salud.

FORTALEZAS Y LIMITACIONES

En cuanto a las fortalezas de este estudio se rescata la metodología empleada y la preparación para el desarrollo de la misma, la cual incluyó revisión de la literatura previa, el desarrollo de guías de preguntas basado en esta así como la práctica de entrevistas a profundidad con pacientes simulados. Esto permitió una búsqueda a

Estudio de Métodos Mixtos (Fase 1) sobre la adherencia al tratamiento antirretroviral y retención en cuidado durante los periodos de gestación y post parto 20

profundidad de los factores a estudiar. Respecto a limitaciones, el estudio fue realizado con pacientes asistentes a controles en el IMTAvH durante los periodos de recojo de medicamentos, toma de muestras o espera para la consulta médica. Si bien se identificó facilitadores, barreras y motivaciones para el tratamiento en este grupo, no se exploraron factores influyentes en pacientes no adherentes. Cabe resaltar que el hecho que las limitantes mencionadas por los otros estudios no hayan sido identificadas en el nuestro puede corresponder a la variabilidad cultural entre poblaciones, así como la metodología empleada. Asimismo, es necesario mencionar que las investigadoras principales son de género femenino y están ligadas a la práctica médica lo cual pudo, en menor o mayor medida, influenciar en la disposición de revelar información personal o que pueda ser percibida como negativa por personal de salud en general. No obstante, cabe resaltar que ciertas pacientes admitieron revelar información que no habían sido capaces de discutir con sus proveedores de salud durante las entrevistas. Finalmente, las características mencionadas también podrían haber influido en las dimensiones del análisis, pero se procuró tenerlo presente durante las discusiones reflexivas.

DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS Y FINANCIAMIENTO

Los autores y asesores del presente trabajo de investigación declaran no tener conflicto de interés alguno. El presente trabajo fue financiado con la ayuda de la Beca Anual de Medicina “Francisco Tejada y Semiramis Reátegui” de la Universidad Peruana Cayetano Heredia del año 2016.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a las participantes del estudio por su generosidad y valiosos aportes.

Al personal encargado de la Estrategia Sanitaria Nacional de Control y Prevención de ITS, VIH y SIDA (ESNITSS) del Hospital Cayetano Heredia por el apoyo y facilidades.

De la misma manera, a nuestros asesores por brindarnos su tiempo, confianza y enseñanzas a lo largo de los tres años de desarrollo del proyecto y posteriormente trabajo de investigación.

Al jurado revisor, por sus aportes constructivos.

Finalmente, al Instituto de Medicina Tropical Alexander von Humboldt por brindarnos las comodidades y espacios necesarios para la ejecución del presente trabajo de investigación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Westreich D, Maskew M, Rubel D, et al. Incidence of pregnancy after initiation of antiretroviral therapy in South Africa: a retrospective clinical cohort analysis. *Infect Dis Obstet Gynecol.* 2012;2012:917059.
2. Myer L, Carter RJ, Katyal M, et al. Impact of antiretroviral therapy on incidence of pregnancy among HIV-infected women in sub-Saharan Africa: a cohort study. *PLoS Med.* 2010;7(2):e1000229
3. Barr BT. Uptake and retention in Malawi's Option B+ PMTCT program: lifelong ART for all HIV+ pregnant or lactating women, in 14th CROI. Atlanta, USA; 2013. Oral abstract 82. <http://www.retroconference.org/2013b/Abstracts/46239.htm>
4. UNAIDS. The Gap Report. Geneva: UNAIDS; 2014. Link available at: http://files.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2014/UNAIDS_Gap_report_en.pdf
5. Buregyeya E, Naigino R, Mukose A, et al. Facilitators and barriers to uptake and adherence to lifelong antiretroviral therapy among HIV infected pregnant women in Uganda: a qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth.* 2017;17:94
6. Vitalis D. Factors affecting antiretroviral therapy adherence among HIV-positive pregnant and postpartum women: an adapted systematic review. *Int J STD AIDS.* 2013;24(6):427–32

7. Hampanda K. Intimate partner violence and HIV-positive women's non-adherence to antiretroviral medication for the purpose of prevention of mother-to-child transmission in Lusaka, Zambia . *Soc Sci Med.* 2016;153:123-30
8. UNAIDS. Children and HIV fact sheet. Geneva: UNAIDS; 2016. Link available at: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/FactSheet_Children_en.pdf
9. WHO. Use of antiretroviral drugs for treating pregnant women and preventing HIV infection in infants, Programmatic update. Geneva: WHO; 2012.
10. WHO. Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection. Geneva: World Health Organization; 2013
11. Rollins NC. Defining and analyzing retention-in-care among pregnant and breastfeeding HIV-infected women: unpacking the data to interpret and improve PMTCT outcomes. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2014;67(2):S150-6
12. Nachega J, Uthman OA, Anderson J, et al. Adherence to antiretroviral therapy during and after pregnancy in low-income, middle-income and high-income countries: a systematic review and meta-analysis. *AIDS.* 2012;26(16):2039–52.
13. Swain CA, Smith L, Nash D, et al. Postpartum Loss to HIV Care and HIV Viral Suppression among Previously Diagnosed HIV-Infected Women with a Live Birth in New York State. *PLoS One.* 2016;11(8):e0160775
14. Giuliano M, Liotta G, Andreotti M, et al. Retention, transfer out and loss to follow-up 2 years after delivery in a cohort of HIV+ pregnant women in Malawi. *Int J STD AIDS.* 2016;0(0):1-7
15. Henegar C, Westreich D, Maskew M, et al. Effect of Pregnancy and the Postpartum Period on Adherence to Antiretroviral Therapy Among HIV-Infected Women Established on Treatment. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2015;68(4):477-80
16. Lemly, D, Mandelbrot, L, Meier, F, et al. Factors related to medical appointment attendance after childbirth among HIV-infected women in the Paris region. *AIDS Care.* 2007;19(3):346–54.
17. Mendiola A. Continuidad en el cuidado del binomio madre niño en el contexto de VIH con énfasis en el seguimiento post parto: estudio operacional en un centro de referencia de Lima Metropolitana (2004-2013) [Tesis] Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2015.
18. De la Cuesta-Benjumea, C. La reflexividad: un asunto crítico en la investigación cualitativa. *Enferm Clin.* 2011;21(3):163-7

19. Blair E. A reflexive exploration of two qualitative data coding techniques. *J Method Meas Soc Scien.* 2015;6(1):14-29
20. Osterberg L, Blaschke T. Adherence to Medication. *N Engl J Med.* 2005;353(5):487-97
21. Rottman BM, Marcum ZA, Thorpe CT, Gellad WF. Medication adherence as a learning process: insights from cognitive psychology. *Health Psychol Rev.* 2017;11(1):17-32
22. Leventhal H, Phillips LA, Burns E. The common-sense model of self-regulation (CSM): a dynamic framework for understanding illness self-management. *J Behav Med.* 2016;39(6):935-946
23. Brown MT, Bussell JK. Medication adherence: WHO cares?. *Mayo Clin Proc.* 2011;86(4):304-314
24. Gecas V. The Self-concept. *Ann Rev Socio.* 1982;8:1-33
25. Baumgartner LM. The incorporation of the HIV/AIDS identity into the self over time. *Qual Health Res.* 2007;17(7):919-31
26. Zimmerman DD. HIV: A Chronic Condition. *J Insur Med.* 2015;45:136-141
27. Baker D, Pell C, Donovan B. HIV infection as a chronic disease. Optimising outcomes. *Med Today.* 2014;15(2):16-26
28. Maeri I, et al. "How can I tell?" Consequences of HIV status disclosure among couples in eastern African communities in the context of an ongoing HIV "test-and-treat" trial. *AIDS Care.* 2016;28(3):59-66
29. Ho LP, Goh E. How HIV patients construct liveable identities in a shame based culture: the case of Singapore. *Int J Qual Stud Health Well-being.* 2017;12(1):1333899
30. Schaan M, Taylor M, Gungqisa N, et al. Personal views about womanhood amongst women living with HIV in Botswana. *Cult Health Sex.* 2016;18(2):173-85
31. Phillips T, Cois A, Remien R, et al. Self-Reported Side Effects and Adherence to Antiretroviral Therapy in HIV-Infected Pregnant Women under Option B+: A Prospective Study. *PLoS One* 2016;11(10):e0163079.
32. Kryst J, Kawalec P, Pilc A. Efavirenz-Based Regimens in Antiretroviral-Naive HIV-Infected Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *PLoS One.* 2015; 10(5):e0124279.

33. Bezabhe WM, Chalmers L, Bereznicki LR, Peterson GM, Bimirew M, Kassie DM. Barriers and facilitators of adherence to antiretroviral drug therapy and retention in care among adult HIV-positive patients: a qualitative study from Ethiopia. *PLoS One*. 2014;9(5):e97353
34. Committee on Practice Bulletins-Obstetrics. ACOG Practice Bulletin No. 189: Nausea And Vomiting Of Pregnancy. *Obstet Gynecol*. 2018;131(1):e15-e30.
35. Santini-Oliveira M, Friedman R, Gonçalves V. Incidence of antiretroviral adverse drug reactions in pregnant women in two referral centers for HIV prevention of mother-to-child-transmission care and research in Rio de Janeiro, Brazil. *Braz J Infect Dis*. 2014;18(4):372-378
36. Gugsa S, Potter K, Tweya H, et al. Exploring factors associated with ART adherence and retention in care under Option B+ strategy in Malawi: A qualitative study. *PLoS One*. 2017;12(6):e0179838
37. Vitalis D, Hill Z. Antiretroviral Adherence Perspectives of Pregnant and Postpartum Women in Guyana: Barriers and Facilitators. *J Int Assoc Provid AIDS Care*. 2017;16(2):180-188
38. McLeish J, Redshaw M. 'We have beaten HIV a bit': a qualitative study of experiences of peer support during pregnancy with an HIV Mentor Mother project in England. *BMJ Open*. 2016;6(6):e011499

ANEXOS

Anexo 1: Guía de Preguntas para Participantes Gestantes

Guía de Preguntas para Participantes Gestantes

Saludo y bienvenida

Buenas tardes, Sra. (Nombre de la participante), mi nombre es (Nombre de entrevistador) y soy estudiante de 5to año de medicina de la universidad. ¿Cómo se encuentra? ¿Qué la trae al hospital el día de hoy?

Esta guía se aplica tras constatar que la participante firmó previamente el consentimiento informado

Puntos de indagación

Contexto de servicio de salud

- ¿Desde cuándo se atiende en el Hospital?
- ¿Qué servicios visita en la actualidad?
- ¿Desde hace cuánto se atiende por el servicio de Enfermedades Infecciosas?
- ¿Qué tan lejos está el HCH de su domicilio? ¿Cómo acude usted cuando tiene una consulta médica? ¿Cómo es el personal que la atiende en este servicio?

Contexto de tratamiento

- ¿Qué tratamiento sigue en este servicio (Enfermedades Infecciosas)?
- ¿Desde cuándo sigue este tratamiento? Quiénes saben de su tratamiento? ¿Cómo influyen ellos en su tratamiento?

Vivencia de tratamiento y actitudes hacia adherencia

- ¿Cómo le va ahora tomando estas pastillas? ¿Y antes?
- ¿Podría contarnos cómo consigue su tratamiento? [Pedir información sobre circunstancias de recojo, perspectivas positivas y negativa] ¿Y antes?
- ¿Podría contarnos cómo las toma? [Pedir información sobre dosis previa y siguiente dosis, horarios, circunstancias] ¿Cómo usted se ayuda a seguir con su tratamiento?
- Si una amiga suya le preguntara cómo es estar en tratamiento, ¿qué le diría?
- ¿Podría contarnos sobre circunstancias que le hayan hecho más fácil o difícil seguir el tratamiento?

Proyección a recomendaciones

- ¿Qué recomendaciones le daría a otras personas que como usted están en tratamiento?

- ¿Qué recomendaciones le daría a los médicos y enfermeras para que más personas continúen en tratamiento?

Cierre de entrevista

Ya casi hemos terminado; quiero agradecerle por su tiempo y colaboración. ¿Hay algo que le gustaría añadir?

Nota final

El entrevistador debe insistir en tema de adherencia; de ser necesaria una consulta inmediata puede contactar a las enfermeras de ESNITS.

Anexo 2: Guía de Preguntas para Participantes Post Parto

Guía de Preguntas para Participantes Post Parto

Saludo y Rompe hielo

Buenos días señora (Nombre de la participante), gusto verla de nuevo. No estoy segura si me recuerda pero mi nombre es Carolina/Ana y le hice unas cuantas preguntas la vez pasada que nos vimos. Quería saber si le parecería bien continuar con algunas preguntas, tal y como la vez pasada, más que nada respecto a su bebé y cómo le está yendo. ¿Podría preguntarle?

Puntos de Indagación

En caso falte alguna pregunta de la Ficha de Datos Personales se pasará a completarla antes del inicio de la entrevista.

Nacimiento y Cuidado del Bebé

- Cuénteme señora, ¿cuándo dio a luz?
- Y dígame, ¿cómo está el bebé?
- ¿Cómo se ha sentido usted desde el nacimiento de él/ella? ¿Y su pareja? ¿Cómo lo ha visto?
- ¿Fue un parto natural o le realizaron una cesárea?
- ¿Quién la apoya en el cuidado de su bebé? Si no recibe apoyo: ¿De quién le gustaría recibir apoyo para cuidar a su hijo/a?

Contexto de Servicio de Salud

- ¿Qué tan seguido está acudiendo al hospital para sus controles y los de su niña/o?
- ¿Cómo es el trato que recibe ahora respecto a cuando estaba embarazada?
- Cuénteme, ¿qué opina del sistema para recoger las latas de leche?
- ¿Qué le informaron respecto de la lactancia (“dar de pecho”)? ¿Ha dado de lactar en algún momento?

Contexto de Tratamiento

- ¿Cómo le va con sus medicamentos? ¿Y los de su bebé?
- ¿Cómo está manejando su tiempo ahora que ya está el bebé en casa?
- (En caso tenga pareja) Y cuénteme, ¿cómo va la relación con su pareja?
- ¿Sigue teniendo las mismas facilidades/dificultades para acudir al hospital?

Además de las preguntas respecto al nacimiento del bebé y todo lo que involucra, se buscará profundizar ciertos temas que en la primera entrevista no se consiguió.

Cierre de entrevista

Ya casi hemos terminado; quiero agradecerle por su tiempo y colaboración. ¿Hay algo que le gustaría añadir?

Anexo 3

Tabla 1: Agrupación de códigos individuales en categorías comunes

Facilitadores para adherencia	Soporte de algún índole	Familiar, de pareja, de par, del sistema de salud, religión
	Sentimientos respecto a embarazo	Deseado, planificado, preocupación
	Sentimientos hacia personal de salud	Agrado, confianza, indiferente, “no la cambio”, motivación
	Ideas sobre el tratamiento Disclosure	Resignación, compromiso, adaptación Con pareja, con familiares, amigos
Barreras para adherencia	Futuro incierto	Efectos sobre el feto, miedo del futuro, incertidumbre, temor a procedimientos asociados
	Sentimientos respecto a embarazo	No planificado, cambios con gestación, no deseado
	Problemas de hogar	Problemas con pareja, desconfianza, problemas económicos
	Sentimientos hacia personal de salud	Impaciencia, intolerancia, discriminación,
	Ideas sobre el tratamiento Disclosure	Tratamiento eterno, desconocimiento, efectos adversos, cambios con gestación, olvido, compromiso, agobiante, discomfort Omisión, encubrimiento del diagnóstico, disclosure forzado
Estigma	Reacción al diagnóstico	Tristeza, sensación de muerte, abulia, soledad, culpa, vergüenza, impotencia, molestia, sorpresa
	Sentimientos hacia diagnóstico	Diagnóstico vergonzoso, castigo, “no me gusta tener VIH”, “es difícil tener VIH”
	Creencias	Creencias socioculturales, ideas erradas, discriminación, estigma propio
Imagen personal	Antecedentes personales	Abandono, abuso sexual, infidelidad, disolución marital, ausencia de imagen materna, bullying, violencia
	Deseos futuros	Maternidad, superación académica, bienestar físico, bienestar mental, deseos laborales

Anexo 4

Tabla 2: Características sociodemográficas de participantes

Cód	Edad	Ocupación	Grado de Instrucción	Edad Gestacional*	Núm. de Gestaciones**	Condición obstétrica
G00X	33	Ama de casa	Secundaria completa	18	3	Gestante
G001	33	Laboratorista	Superior	33	1	Gestante
G002	20	Ama de casa	Secundaria completa	13	1	Gestante
G003	40	Ama de casa	Superior	37	7	Gestante
G004	20	Ama de casa	Secundaria completa	26	1	Gestante
G005	28	Ama de casa	Superior	36	2	Gestante
G006	36	Vendedora	Superior	25	2	Gestante
G007	36	Cajera	Superior	34	3	Gestante
G008	28	Ama de casa	Superior	35	1	Gestante
G009	30	Ama de casa	Secundaria completa	15	3	Gestante
P001	26	Ama de casa	Secundaria incompleta	-	3	Puérpera
P002	36	Ama de casa	Superior	-	3	Puérpera

*Al momento de la entrevista

**Incluyendo la actual en el caso de participantes gestantes

Anexo 5

Tabla 3: Características de participantes en relación al diagnóstico de VIH

Cód	Diagnóstico				Tratamiento								Serología pareja actual	Planificación de gestación
	Edad al momento del diagnóstico	Tiempo de diagnóstico *(meses)	Momento de diagnóstico	Lugar de diagnóstico	Tiempo de tratamiento* (meses)	Esquema			Tratamiento fuera del HCH	Carga Viral*	CD4*	Molestias atribuidas		
						Inicio	Actual	Nº						
G00X	25	88	Gestación previa	Hospital SIS	15	AZT+3TC+EFV	EFV+TDF+FTC	3	Sí	0	368	Cefalea, prurito	Negativo	No
G001	33	7	Gestación	Laboratorio particular	6	AZT+3TC+LPV/r	AZT+TDF+EFV	2	No	65.3	298	Anemia	Negativo	No
G002	20	7	Pre gestación	Hospital SIS	7	3TC	EFV+TDF+FTC	2	No	0	186	Náuseas, vómitos, cefalea	Desconocido	No
G003	36	58	Pre gestación	Hospital SIS	57	DDI+3TC	TDF+LPV/r	4	No	0	450	Rash, gastritis	Desconocido	No
G004	19	5	Gestación	Centro de Salud	4	3TC+LPV/r	EFV+TDF+FTC	4	No	0	1398	Náuseas, vómitos, disfagia	Positivo	No
G005	28	6	Gestación	Centro de Salud	4	3TC	EFV+TDF+FTC	2	No	0	593	Náuseas, vómitos, rash	Desconocido	No
G006	30	72	Pre gestación	ONG	57	3TC+LPV/r	3TC+TDF+LPV/r	2	Sí	55.6	688	Náuseas, vómitos, pérdida de peso	Negativa	Sí
G007	24	139	Pre gestación	Consultorio particular	133	AZT+3TC+NVP	ABC+3TC	3	No	0	400	Lipodistrofia	Negativa	Sí
G008	27	3	Gestación	Centro de Salud	3	EFV+TDF+FTC	EFV+TDF+FTC	1	No	201	190	Insomnio, náuseas	Desconocida	No
G009	19	123	Pre gestación	Consultorio particular	57	AZT+3TC+EFV	EFV+TDF+FTC	4	No	0	611	Náuseas, vómitos, hiperemesis gravídica	Positivo	No
P001	22	46	Gestación previa	Centro de Salud	45	AZT+3TC+LPV/r	Ninguno	4	No	1640	767	Náuseas, vómitos	Negativa	No
P002	29	67	Pre gestación	Hospital SIS	54	EFV	AZT+3TC+NVP	3	No	0	395	Náuseas, "agriedad"	Desconocido	Sí

* Al momento de la entrevista

Anexo 6

Gráfico 1: Modelo conceptual de adherencia al tratamiento antirretroviral en gestantes

