

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^{1,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 cirujana

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: 10.17843/rpmesp.2017.342.2857

al TARV. Siendo este un mediador, el ajuste por esta variable, sugerido por los autores de la carta, generaría una medición parcial y alterada de la asociación estudiada.

Segundo, los autores mencionan que la exclusión de encuestas incompletas o inconsistentes podría haber alterado los resultados del estudio. Esta es, sin duda, una limitación importante del estudio. Lamentablemente las encuestas excluidas fueron físicamente eliminadas, por lo que no es posible comparar sus características con las de los sujetos incluidos.

Tercero, respecto al cálculo del tamaño de muestra con una fórmula para un estudio de prevalencia y la falta de referencia de la prevalencia puntual utilizada para el cálculo. Debido a las dificultades para hallar datos de prevalencia de estigma relacionado a VIH, y teniendo en cuenta que este suele medirse de forma cuantitativa, se calculó la prevalencia de estigma moderado y alto (mayor a 52 puntos en la escala de Berger) utilizando los datos de un estudio realizado en Perú⁽²⁾ donde se halló que la mediana del puntaje de la escala Berger era 56, y por ello se consideró que un aproximado de 60% tendría más de 52 puntos en la escala. Como mencionan los autores, el cálculo del tamaño de muestra no fue el adecuado para un estudio de asociación. Este cálculo fue realizado para cumplir uno de los objetivos de tesis que fue determinar el nivel de estigma relacionado a VIH, mas no para el secundario, que fue buscar la posible asociación entre estigma y adherencia al TARV, y fue incluido erróneamente en el artículo. Sin embargo, considero que eso no desestima la asociación hallada entre el estigma relacionado a VIH y la adherencia al TARV.

Cuarto, los autores mencionan que la encuesta *Simplified Medication Adherence Questionnaire* (SMAQ) solo se considera válida cuando la pregunta 5 o 6 es contestada afirmativamente. Sin embargo, tanto el estudio para la validación de este instrumento como el trabajo realizado en Perú^(3,4) consideran como positivo, es decir no adherente, a toda persona que responda de forma afirmativa a alguna de las preguntas cuantitativas (5 y 6), o a toda persona que presente una respuesta negativa a alguna de las preguntas cualitativas (preguntas del 1 al 4).

Con lo mencionado, consideramos que se despejan las dudas metodológicas que despertó el manuscrito en los lectores. Agradezco las observaciones y correcciones planteadas. Considero que el trabajo, a pesar de las limitaciones, ayuda a visualizar una arista de la problemática en la que se encuentran inmersas las personas viviendo con VIH/SIDA. Se sugiere que el estigma relacionado a VIH sea evaluado y monitorizado dentro del programa TARV de Perú con una encuesta validada, tal como se hace con la adherencia al tratamiento.

Fuentes de financiamiento: autofinanciado.

Conflictos de interés: la autora declara no tener conflictos de interés.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Zhang C, Li X, Liu Y, Zhou Y, Shen Z, Chen Y. *Substance use and psychosocial status among people living with HIV/AIDS who encountered HIV stigma in China: stratified analyses by socio-economic status*. PLoS One. 2016;11(11):e0165624. doi: 10.1371/journal.pone.0165624
2. Franke MF, Muñoz M, Finnegan K, Zeladita J, Sebastian JL, Bayoa JN, *et al*. *Validation and abbreviation of an HIV stigma scale in an adult spanish-speaking population in urban Peru*. AIDS Behav. 2010;14(1):189-99. doi: 10.1007/s10461-008-9474-1
3. 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.
4. Alvis Ó, 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

Correspondencia: Jessica Hanae Zafra Tanaka

Dirección: Av. Conquistadores 365 - San Isidro

Teléfono: 994371991

Correo electrónico: j.zafra.t@gmail.com

INHIBIDORES DE TIROSIN QUINASA PARA EL TRATAMIENTO DE CÁNCER PULMONAR DE CÉLULAS NO PEQUEÑAS: UNA NECESIDAD DESATENDIDA

TYROSINE KINASE INHIBITORS FOR THE TREATMENT OF NON-SMALL CELL LUNG CANCER: AN UNATTENDED NEED

Ximena Gómez^{1,a}, Nella Valdez^{1,a}, Ricardo Paredes^{2,b}

Sr. editor. El cáncer de pulmón es un problema de salud pública a nivel mundial, con un estimado anual de 1,59

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

² Departamento de Oncología, Hospital Nacional de la Policía. Lima, Perú.

^a Estudiante universitario de Medicina, ^b médico oncólogo.

Recibido: 12/02/2017 Aprobado: 19/04/2017 En línea: 28/06/2017

Citar como: Gómez X, Valdez N, Paredes R. Inhibidores de tirosin quinasa para el tratamiento de cáncer pulmonar de células no pequeñas: una necesidad desatendida. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2017;34(2):349-50. doi: 10.17843/rpmesp.2017.342.2690