



FACULTAD DE MEDICINA “HIPÓLITO UNANUE”

FACTORES ASOCIADOS A LA NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO
ANTIRRETROVIRAL EN PACIENTES CON VIH/SIDA EN UN HOSPITAL
NACIONAL DE LIMA, PERÚ, ENERO - JULIO 2024

Línea de investigación:

Salud pública

Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano

Autor:

Carrizo Porras, Luis Phol

Asesor:

La Rosa Botonero, José Luis

ORCID: 0000-0002-2908-272X

Jurado:

Castro Rojas, Miriam Corina

Ramírez Alvizuri, Edward

López Gabriel, Wilfredo Gerardo

Lima - Perú

2025



FACTORES ASOCIADOS A LA NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN PACIENTES CON VIH/SIDA EN UN HOSPITAL NACIONAL DE LIMA, PERÚ, ENERO - JULIO 2024

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

Fuente de Internet

1 Submitted to Universidad Nacional Federico Villarreal

Trabajo del estudiante

2 hdl.handle.net

Fuente de Internet

3 repositorio.unfv.edu.pe

Fuente de Internet

4 repositorio.uncp.edu.pe

Fuente de Internet

5 Submitted to Universidad Catolica Los Angeles de Chimbote

Trabajo del estudiante

6 repositorio.unfv.edu.pe:8080

Fuente de Internet

7 repositorio.ucv.edu.pe

Fuente de Internet

8 Submitted to Ilerna Online

Trabajo del estudiante

9 Submitted to Universidad de San Martín de Porres

Trabajo del estudiante

10 scielo.isciii.es

Fuente de Internet

11 idoc.pub



FACULTAD DE MEDICINA “HIPÓLITO UNANUE”

**FACTORES ASOCIADOS A LA NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO
ANTIRRETROVIRAL EN PACIENTES CON VIH/SIDA EN UN HOSPITAL NACIONAL
DE LIMA, PERÚ, ENERO - JULIO 2024**

Línea de investigación:

Salud Pública

Tesis para optar el Título Profesional de Médico cirujano

Autor:

Carrizo Porras, Luis Phol

Asesor:

La Rosa Botonero, José Luis

ORCID: 0000-0002-2908-272X

Jurado:

Castro Rojas, Miriam Corina

Ramírez Alvizuri, Edward

López Gabriel, Wilfredo Gerardo

Lima – Perú

2025

DEDICATORIA

A Dios, que es fuente de sabiduría y fortaleza, que me guio en cada paso de este camino. A mis queridos docentes, quienes con su dedicación y pasión me transmitieron valiosos conocimientos y me inspiraron a alcanzar mis metas A mi asesor de tesis, por la paciencia, dedicación y valiosa orientación en la realización de este trabajo.

AGRADECIMIENTO

A mis padres, por el amor incondicional que me brindan, el apoyo constante y por ser mi ejemplo de perseverancia. A mi hermano, por su compañía y aliento en cada momento. A la Dra. Palma, por la valiosa colaboración y apoyo en la realización de esta tesis. Su experiencia y conocimientos fueron fundamentales en el desarrollo de este trabajo. A la Lic. Ecos por la paciencia e incondicional apoyo. A todas las personas que contribuyeron a la realización de esta tesis, mi más sincero agradecimiento.

ÍNDICE

<i>RESUMEN</i>	9
<i>ABSTRACT</i>	10
<i>I. INTRODUCCIÓN</i>	11
1.1. Descripción y formulación del problema.....	11
1.1.1. Descripción del problema.....	11
1.1.2. Formulación del problema.....	13
1.2. Antecedentes.....	14
1.2.1. Internacionales:.....	14
1.2.2. Nacionales.....	16
1.3. Objetivos.....	17
1.3.1. Objetivo general.....	17
1.3.2. Objetivo específico.....	18
1.4. Justificación.....	18
<i>II. MARCO TEÓRICO</i>	19
2.1. Definición de virus de inmunodeficiencia humana (VIH).....	19
2.1.1. Fisiopatología.....	20
2.1.2. Epidemiología.....	21
2.1.3. Cuadro clínico.....	22
2.1.4. Transmisión.....	22
2.1.5. Diagnóstico.....	23
2.1.6. Estadios de la infección por VIH.....	23

2.2. Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).....	24
2.3. Clasificación clínica del VIH	25
2.3.1. <i>Categoría A</i>	25
2.3.2. <i>Categoría B</i>	25
2.3.3. <i>Categoría C</i>	25
2.4. Tratamiento antirretroviral (TARV)	27
2.5. No adherencia al tratamiento antirretroviral	27
2.6. Factores asociados a la no adherencia.....	28
2.6.1. <i>Factores epidemiológicos</i>	28
2.6.2. <i>Factores clínicos</i>	28
<i>III. MÉTODO</i>	30
3.1. Tipo y diseño de investigación.....	30
3.2. <i>Ámbito temporal y espacial</i>	30
3.3. Variables	30
3.3.1. <i>Factores Sociodemográficos</i>	30
3.3.2. <i>Factores Clínicos</i>	30
3.3.3. <i>Variables Dependientes</i>	30
3.4. Población y muestra	31
3.4.1. <i>Población</i>	31
3.4.2. <i>Unidad de análisis</i>	31
3.4.3. <i>Muestra</i>	31
3.4.4. <i>Muestreo</i>	31

3.4.5. Criterios de inclusión.....	32
3.5. Instrumento	32
3.6. Procedimientos.....	33
3.7. Análisis de datos	33
3.8. Consideraciones éticas	34
<i>IV. RESULTADOS</i>	35
4.1. Análisis descriptivo.....	35
<i>V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS</i>	49
<i>VI. CONCLUSIONES</i>	51
<i>VII. RECOMENDACIONES</i>	52
<i>VIII. REFERENCIAS</i>	53
<i>IX. ANEXOS</i>	56
ANEXO A: MATRIZ DE CONSISTENCIA.....	56
ANEXO B: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	57
ANEXO C: CONSENTIMIENTO INFORMADO	61
ANEXO D. FICHA DE RECOLECCION DE DATOS	63
ANEXO E: INSTRUMENTO	64
ANEXO F: CARTA DE AUTORIZACIÓN Y APROBACIÓN DE ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN DE PRE GRADO.....	69
ANEXO G: APROBACIÓN DEL COMITÉ DE ÉTICA DEL HNDM	70

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Características sociodemográficas de los pacientes que reciben TARV.....	35
Tabla 2. Características clínicas de los pacientes que reciben TARV	38
Tabla 3. Factores epidemiológicos de los pacientes que reciben TARV.....	40
Tabla 4. Factores clínicos de los pacientes que reciben TARV.....	42
Tabla 5. Factores con fuerza de asociación de los pacientes que reciben TARV.....	44

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Nivel de no adherencia al TARV en pacientes que reciben TARV HNDM35

RESUMEN

Objetivo: Determinar los factores asociados a la no adherencia al tratamiento antirretroviral (TARV) en pacientes con VIH/SIDA atendidos en el Hospital Nacional Dos de Mayo de Lima, Perú, durante el periodo de enero a julio de 2024. **Metodología:** Estudio cuantitativo, descriptivo correlacional, de corte transversal y diseño no experimental. Se incluyeron 182 pacientes con VIH/SIDA que recibían TARV. La adherencia al tratamiento se evaluó mediante el cuestionario CEAT-VIH. Se analizaron factores sociodemográficos, clínicos que se relacionados con el tratamiento. **Resultados:** El 64% de pacientes (n=117) mostraron no adherencia al TARV. Los factores significativamente asociados a la no adherencia fueron el consumo de alcohol (OR: 2.52, IC 95%: 1.14-5.52), el consumo de drogas (OR: 5.04, IC 95%: 0.60-42.1), la presencia de reacciones adversas al TARV (OR: 2.31, IC 95%: 1.12-4.95), especialmente las reacciones dermatológicas (OR: 3.26, IC 95%: 1.03-10.2) y constitucionales (OR: 3.86, IC 95%: 1.06-13.9), así como también la presencia de tuberculosis (OR: 9.99, IC 95%: 1.27-78.3) y sífilis (OR: 2.33, IC 95%: 0.72-7.53). **Conclusión:** La no adherencia al TARV en pacientes con VIH/SIDA se asocia significativamente con el consumo de alcohol y drogas, la presencia de reacciones adversas al tratamiento y la presencia de comorbilidades como tuberculosis y sífilis. Se recomienda implementar intervenciones educativas y de monitorización para una mejor adherencia al tratamiento.

Palabras clave: VIH/SIDA, adherencia al tratamiento antirretroviral, factores de riesgo, consumo de alcohol, reacciones adversas, tuberculosis, sífilis.

ABSTRACT

Objective: To determine the factors associated with non-adherence to antiretroviral treatment (ART) in patients with HIV/AIDS treated at the Dos de Mayo National Hospital in Lima, Peru, during the period from January to July 2024. **Methodology:** Quantitative, descriptive, correlational, cross-sectional, descriptive, non-experimental design. A total of 182 patients with HIV/AIDS receiving ART were included. Adherence to treatment was assessed using the CEAT-HIV questionnaire. Sociodemographic and clinical factors related to treatment were analyzed. **Results:** 64% of patients (n=117) showed non-adherence to ART. Factors significantly associated with non-adherence were alcohol consumption (OR: 2.52, 95% CI: 1.14-5.52), drug use (OR: 5.04, 95% CI: 0.60-42.1), presence of adverse reactions to ART (OR: 2.31, 95% CI: 1.12-4.95), especially dermatological (OR: 3.26, 95% CI: 1.03-10.2) and constitutional reactions (OR: 3.86, 95% CI: 1.06-13.9), as well as the presence of tuberculosis (OR: 9.99, 95% CI: 1.27-78.3) and syphilis (OR: 2.33, 95% CI: 0.72-7.53). **Conclusion:** Non-adherence to ART in patients with HIV/AIDS is significantly associated with alcohol and drug use, the presence of adverse reactions to treatment and the presence of comorbidities such as tuberculosis and syphilis. It is recommended to implement educational and monitoring interventions for better adherence to treatment.

Key words: HIV/AIDS, adherence to antiretroviral treatment, risk factors, alcohol consumption, adverse reactions, tuberculosis, syphilis.

I. INTRODUCCIÓN

1.1. Descripción y formulación del problema

1.1.1. Descripción del problema

La infección por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es la patología que destruye células del sistema inmunitario cuya fase final viene a ser el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). El VIH ataca principalmente los glóbulos blancos y debilita el sistema inmunitario, esto predispone la presencia de afecciones y ciertas masas como tumores oportunistas, así como también ciertas neumonías a causa de *Pneumocystis spp.*, inclusive tuberculosis típicas y atípicas, sarcoma de Kaposi, la tuberculosis y algunos tipos de cáncer. Actualmente no existe cura, excepto medidas preventivas (Abdulghani, 2020) por lo que persiste y es considerado un problema importante para la salud en todo el mundo.

A nivel mundial, registraron, que para el 2023, 39,9 millones aproximadamente de personas vivían con el VIH (UNAIDS, 2023) y que alrededor de 42,3 millones de personas perdieron la vida por patologías relacionadas con el sida desde los inicios de la epidemia (UNAIDS, 2023). Desde el año 2010 se hizo un reporte sobre las nuevas infecciones por el VIH, empezó a descender aproximadamente en 39 %, desde 2,1 millones hasta 1,3 millones en 2023. Por lo que persiste en ser uno de los importantes desafíos para la salud pública mundial, que se ha cobrado la vida de aproximadamente 630 000 personas debido a enfermedades relacionadas con el sida en 2023. La transmisión persiste en todos los países del mundo hasta la actualidad (De la Mora et al., 2024)

En último informe sobre VIH en América latina reportaron nuevas infecciones, que ha ido aumentado un 9% de 2023 en comparación al 2010, con se aproxima 120.000 nuevas infecciones en el año 2023. A comparación del 2010, en el año 2023 el Caribe sostuvo un decremento del 22%, que paso de aproximadamente 19.000 nuevos pacientes a 15.000 por año. Se menciona que al rededor del 12% de las personas con VIH en Latinoamérica y el Caribe no

conoce sobre su estado seropositivo y además la tercera parte tiene un diagnóstico tardío, con complicaciones como inmunodeficiencia avanzada (menos de 200 CD4 por mm³ de sangre). (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2023)

Dentro del esquema de tratamiento establecido para los individuos que padecen por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) se da a través de la terapia antirretroviral (TAR) con fármacos que reducen la replicación del VIH. Este esquema estipulado está determinado por la combinación de ciertos fármacos (llamado "terapia antirretroviral de gran actividad" o TARGA) con la principal finalidad de suprimir la replicación del VIH. Una oportuna terapia con TAR disminuye significativamente tanto la mortalidad como la morbilidad en este tipo de pacientes que padecen de la infectadas por el VIH, y por lo tanto hay una mejoran en ||la calidad de vida. (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2023)

Es por ello por lo que la inadecuada adherencia al tratamiento (AT) con anti retro virales (ARV) resulta ser un problema mucha importancia, que se manifiesta principalmente como un fracaso terapéutico en VIH, en donde el incumplimiento contribuye a un abandono en la terapia que a su vez ocasiona la presencia de resistencias. existen factores que pueden influir sobre adherencia al tratamiento en pacientes con VIH, de los cuales destaca que tanto conoces y actitud que toma frentes al TAR, tanto como los efectos adversos de la medicación, los problemas económicos, ciertos factores que están relacionados al sistema de salud, discriminación, la tardía determinación del estado serológico con respecto al VIH y factores socioculturales. Además, una pésima adherencia al tratamiento se llegó a reportar la resistencia al TAR, avance al estadio sida de la enfermedad, además del incremento de la estancia hospitalaria, aumento de los costos que se invierte en salud, el quebrantamiento familiar y de comunidades y una progresión de la mortalidad, con gran porcentaje en países de ingresos promedios medianos y bajo. (World Health Organization [WHO], 2024)

Estudios realizados en diferentes países informan que diversos los factores relacionados

con la no AT-ARV, así como en Colombia (Arrieta-Martínez et al., 2022) en un artículo publicado en el 2023. Donde se intervino a 9.835 pacientes, de los cuales menciona que “el 74,4% eran hombres, el 78,1% eran solteros, el 71,1% tenían una edad entre 18 a 44 años, el 76,0% curso como máximo secundaria, y el 97,6% residían en zona urbana”. Donde resulto que el porcentaje de no adherencia al tratamiento era del 10% después de aplicarse entre tres variedades de escalas a cada paciente. Además, se encontró también que los problemas relacionados con la medicación, dentro de las reacciones secundarias frente a los Medicamentos, los antecedentes de no adherencia al tratamiento y sobre todo el consumo de sustancias psicoactivas estas fueron las variables que tuvieron más asociación con la no apego al tratamiento antirretroviral.

Estudios nacionales encontraron diversos factores para la no AT-ARV como (Quispe, 2024) menciona que la prevalencia de la falta de adherencia al TARGA fue de 44%, los factores asociados estadísticamente significativos ($p < 0.05$) se encontró que “la edad menor o igual a 35 años (RP: 1.57 IC 95% (1.016-2.44), además el consumo de drogas (RP: 1.62) IC 95% 1.12-2.32) según el análisis bivariado”. En cuanto a la edad menor a 35 años, tuvo 1.7 veces riesgo de falta a la adherencia, así como el consumo también de drogas (RP: 1.55 IC 95% 0.97- 2.48)}

Por lo expuesto líneas previas se consideró la gran importancia para la realización del presente estudio. Ya que un alto porcentaje que presenta la falta de AT-ARV, es imperativo realizar e imprescindible esta investigación, cuyo objetivo principal fue identificar aquellos factores para no AT-ARV en pacientes con VIH o SIDA. del HNDM, en el año 2024(1 enero-31 julio).

1.1.2. Formulación del problema

A. Pregunta general.

- ¿Cuáles son los factores asociados a la no adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes diagnosticados con VIH/SIDA en el Hospital Nacional Dos Mayo

de enero a julio del 2024?

B. Preguntas específicas.

- ¿Cuál es el porcentaje de no adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes diagnosticados con VIH/SIDA en Hospital Nacional Dos Mayo del 1 de enero a 31 de julio del 2024?

- ¿Cuáles son los factores sociodemográficos asociados a la no adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes diagnosticados con VIH/SIDA en Hospital Nacional Dos Mayo del 1 de enero a 31 de julio del 2024?

- ¿Cuáles son los factores clínicos asociados a la no adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes diagnosticados con VIH/SIDA en Hospital Nacional Dos Mayo del 1 de enero a 31 de julio del 2024?

1.2. Antecedentes

1.2.1. Internacionales:

Arrieta - Martínez et al. (2022) realizaron un estudio retrospectivo, transversal y observacional titulado Factores asociados a la no adherencia de los pacientes con VIH o SIDA a la medicación antirretroviral. Examinaron 9835 pacientes con SIDA/VIH que fueron atendidos en varias ciudades colombianas entre 2017 y 2020; de estos, »74,4% eran hombres, 71,1% tenían entre 18 y 44 años, 76,0% estudiaron hasta bachillerato, 78,1% eran solteros y 97,6% vivían en zona urbana.» Además, se descubrió que «el 10% de la población no era adherente al tratamiento». Los que tenían un problema relacionado con la medicación o experimentaban una reacción adversa a la terapia antirretrovírica eran mucho más propensos a no cumplir el tratamiento.

Fonseca et al. (2022) realizaron una investigación de cohortes en dos centros de referencia brasileños titulada «Adherencia a la terapia antirretroviral y factores asociados a la

falta de adherencia». De los 542 pacientes analizados, el 85,5% eran adherentes a la medicación. También se encontró que un diagnóstico seropositivo a los 6-10 años de edad, niveles moderados/bajos de dependencia de la nicotina, ≥ 7 comprimidos al día y síntomas depresivos estaban relacionados con la no adherencia; por otro lado, se encontró que ≥ 50 años, educación secundaria/superior, un sólido conocimiento de los antirretrovirales, VIH/SIDA/TAR y el uso de TDF, NVP y EFZ eran factores protectores de la no adherencia.

Pérez y Viana (2020), ha realizado un estudio analítico transversal en el Policlínico Marcos Manduley de La Habana titulado Factores vinculados a la falta de adherencia a la medicación antirretroviral en personas con VIH/SIDA. Las historias clínicas individuales y familiares, así como un cuestionario estructurado para completar las lagunas, fueron las fuentes de datos de 153 pacientes mayores de 18 años. Se demostró que la falta de adherencia terapéutica estaba significativamente correlacionada con un bajo nivel educativo, relaciones maritales inestables, familias disfuncionales, duración de la terapia superior a cinco años y efectos desagradables.

Urizar et al. (2020) realizaron un estudio analítico transversal «titulado Factores asociados a la no adherencia a la terapia antirretroviral en pacientes con VIH o SIDA en el Policlínico Marcos Manduley de La Habana». Se recogieron datos de 153 pacientes de 18 años o más utilizando historias clínicas individuales y familiares y un cuestionario estructurado para rellenar las lagunas. El bajo nivel educativo, los matrimonios inestables, las familias disfuncionales, la duración de la terapia superior a cinco años y los efectos secundarios desagradables resultaron estar fuertemente asociados a la falta de adherencia al tratamiento.

En el trabajo de investigación de Salgado et al. (2018), 167 pacientes seropositivos que reciben tratamiento antirretroviral participaron en la encuesta «Calidad de vida y factores asociados a la no adherencia al tratamiento en pacientes con VIH en una clínica de VIH del

Hospital Regional Vicente Guerrero de Acapulco, Guerrero, durante el periodo de mayo a octubre de 2016.» De estos pacientes, 49% no se adhirió al tratamiento, mientras que 93% mantuvo una buena calidad de vida; los hombres también mostraron mejor adherencia. Además, la edad y la educación se relacionaron con la no adherencia.

1.2.2. Nacionales

Barrientos y Quispe (2024) utilizaron un diseño de estudio analítico, transversal y una muestra de 150 personas VIH o SIDA positivas para realizar el estudio «Factores asociados a la falta de adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes que forman parte del programa de atención de VIH o SIDA del Hospital Docente Clínico - Quirúrgico Daniel Alcides Carrión - Huancayo 2022». Descubrieron que el consumo de drogas y la edad menor o igual a 35 años fueron factores de riesgo para el 44% de la falta de adherencia al TARGA, mientras que las comorbilidades fueron factores protectores.

Piñas y Rivera (2023) crearon el estudio transversal, analítico y observacional «Factores asociados a la no adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH-SIDA del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé de Huancayo - 2023». Con el objetivo de conocer la relación entre los factores de riesgo y la no adherencia al tratamiento antirretroviral, se evaluó a 160 pacientes mediante un cuestionario de evaluación de la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH-SIDA (CEAT-VIH). Se observó que características sociodemográficas como el sexo masculino, el empleo, el estado civil (soltero), la falta de apoyo familiar y el consumo de alcohol guardaban una relación sustancial con la falta de adherencia al tratamiento.

En el estudio de Vargas et al. (2023) En la investigación «Factores asociados a la escasa adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes seropositivos», se incluyeron 276 participantes -138 de los cuales eran casos y 138, controles- en un diseño observacional,

analítico, de casos y controles. Se descubrió que la depresión, la adopción de regímenes alternativos de medicación antirretroviral, los efectos secundarios y los cambios en la adherencia durante la emergencia estaban correlacionados de forma significativa con el tratamiento antirretroviral.

Vargas (2022) han presentado el estudio observacional, analítico, retrospectivo de casos y controles «Factores de riesgo asociados a la mala adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) en pacientes VIH positivos del Hospital Sergio Bernales entre 2019 - 2021.» El estudio incluyó 276 pacientes con una proporción 1:1 entre casos y controles. Se demostró que la mala adherencia a la medicación antirretroviral se correlacionó significativamente con la depresión, el horario de TAR, los efectos secundarios y el estado de emergencia COVID-19, sin embargo, no se encontró correlación entre la mala adherencia al tratamiento y la orientación sexual.

El estudio de Barrera - Espinosa et al. (2021) presentaron el estudio observacional, analítico, retrospectivo de casos y controles «Factores de riesgo asociados a la mala adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) en pacientes VIH positivos del Hospital Sergio Bernales entre 2019 - 2021.» El estudio incluyó 276 pacientes con una proporción 1:1 entre casos y controles. Se demostró que la mala adherencia a la medicación antirretroviral está correlacionada significativamente con la depresión, el horario de TAR, los efectos secundarios y el estado de emergencia COVID-19, sin embargo, no se encontró correlación entre la mala adherencia al tratamiento y la orientación sexual.

1.3. Objetivos

1.3.1. *Objetivo general*

- Determinar los factores asociados a la no adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes adultos con VIH/Sida en Hospital Nacional Dos Mayo del 1 de enero a 31 de julio

del 2024.

1.3.2. *Objetivo específico*

- Determinar el nivel de no adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes diagnosticados con VIH/SIDA.

- Identificar los factores sociodemográficos asociados a la no adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes diagnosticados con VIH/SIDA.

- Identificar son los factores clínicos asociados a la no adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes diagnosticados con VIH/SIDA.

1.4. *Justificación*

Considerando que la infección por el VIH es un gran problema de salud a nivel mundial y una de las principales problemáticas en salud pública a nivel nacional, el estudio les permitirá diseñar estrategias de tratamiento basadas en las diferentes características de los pacientes identificar las principales características que se relacionan a un buen o mal apego a la terapia antirretroviral; como también el identificar los principales factores que podrían acercar o alejar a los pacientes de un debido tratamiento que nos posibilita poder mejorar en ellos para tratar de corregir y conseguir el mayor apego en nuestra población. La adecuada AT-ARV Es muy importante ya que mejorando el apego al antirretroviral disminuye considerablemente los posibles contagios principalmente por vía sexual, además permite disminuir la posibilidad de contagio que frecuentemente se da por la vía vertical (madre al hijo en el parto) y así disminuye la resistencia a los medicamentos.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Definición de virus de inmunodeficiencia humana (VIH)

El VIH debilita el sistema inmunitario y aumenta la probabilidad de contraer enfermedades como la tuberculosis, infecciones y algunos tipos de cáncer. Lo hace atacando y destruyendo las células del sistema inmunitario del cuerpo, en particular los linfocitos CD4, también conocidos como células T, que son un tipo de glóbulo blanco que protege contra las infecciones. Es más probable que las personas contraigan enfermedades como tuberculosis, infecciones y algunos tipos de cáncer. Lo hace atacando y matando las células del sistema inmunológico del cuerpo, en particular los linfocitos CD4, también conocidos como células T, que son un tipo de glóbulo blanco que protege contra las infecciones. (World Health Organization, 2024)

El VIH es un Miembro del lentivirus género Lentivirus y género la familia Retroviridae. Está formado por ARN monocatenario positivo y tiene una envoltura con un diámetro de aproximadamente 100-110 nm. También posee la enzima transcriptasa inversa, también conocida como retrotranscriptasa, que le permite integrar su material genético en el ADN de la célula huésped y replicarse. y la familia Retroviridae. Está formada por ARN monocatenario positivo y tiene una envoltura con un diámetro de aproximadamente 100-110 nm. También tiene la enzima transcriptasa inversa, también conocida como retrotranscriptasa, que le permite integrar su material genético en el ADN de la célula huésped y replicarse. (Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo, 2022)

El VIH-1 y el VIH-2, que tienen un 50% de similitud genética y organización genómica, la diferencia entre ellos es que el VIH-2 es menos patógeno y transmisible que el VIH-1, además el VIH-2 se presenta principalmente en África, aunque se está expandiendo lentamente por otras regiones, el VIH-1 es el más común y se presenta en todo el mundo. Esto también significa que no todas las pruebas y tratamientos sirven para ambos tipos de VIH.

(Burgess,2021)

2.1.1. Fisiopatología

Aunque la Fisiopatología de la infección por VIH puede ser complicada, puede dividirse en dos categorías: activación inmunológica e inmunosupresión.

Inmunosupresión: Cuando el virus entra en el organismo, infecta células que tienen un receptor CD4+, principalmente linfocitos T CD4+, pero también macrófagos y células dendríticas. La infección provoca una inmunosupresión celular grave al disminuir progresivamente el número de linfocitos T CD4+ en los tejidos y la sangre. Como resultado, microorganismos que normalmente no causan enfermedades causan infecciones, lo que explica la alta mortalidad por VIH. (Alcamí y Coiras, 2011)

El desarrollo de la infección sin tratamiento da lugar a tal estado de inmunosupresión. Dado que el TARGA es accesible en prácticamente todos los países del mundo, cada vez es más fácil de tomar y más tolerable. Los pacientes que lo toman según lo prescrito pueden mantener el VIH bajo control durante el resto de su vida, por lo que la inmunidad rara vez alcanza el estado de SIDA, lo que reduce la incidencia del SIDA y la mortalidad relacionada con el VIH. Esta es la razón por la que la atención a la fisiopatología de la infección por VIH ha cambiado el enfoque hacia la activación inmunitaria (Alcamí y Coiras, 2011)

La activación inmunitaria está inextricablemente ligada a la inmunosupresión; de hecho, la activación del VIH es la principal responsable del deterioro progresivo de la inmunidad celular. Una parte importante del sistema inmunitario empieza a trabajar para erradicar el VIH en cuanto entra en el organismo; inicia un proceso de reconocimiento y monta una respuesta inmunitaria muy similar a la que se produce con todas las infecciones víricas. La principal diferencia entre ellas es que la infección por VIH persiste en lugar de desaparecer o ser controlada. (Alcamí y Coiras, 2011)

El organismo, acostumbrado a eliminar rápidamente estos agentes irritantes, debe luchar contra el VIH durante años, tiempo durante el cual se acumula silenciosamente y debilita el sistema inmunitario de la persona. Debido a su mayor riesgo de infarto agudo de miocardio, cánceres hematológicos, demencia, osteoporosis y otras afecciones, las personas con VIH que no mueren de SIDA experimentan complicaciones similares a las de las personas con enfermedades proinflamatorias crónicas como la artritis reumatoide, el lupus y la infección por el virus de la hepatitis C, por mencionar algunas. (Alcamí y Coiras, 2011)

2.1.2. Epidemiología

En 2021, había alrededor de 38,4 millones de personas seropositivas en todo el mundo, incluidos 1,7 millones de niños, y más del 67% de estas personas residían en África (Manual MSD, 2023). Con 39,9 millones (36,1 millones-44,6 millones) de personas seropositivas en todo el mundo en 2023, sólo 30,7 millones (27-31,9 millones) tenían acceso a terapia antirretrovírica, por lo que no se alcanzaba el objetivo fijado para 2025 de que 34 millones de personas seropositivas recibieran terapia antirretrovírica. Además, el número de nuevas infecciones ha disminuido en un 39% desde 2010 y se preveía que alcanzara los 1,3 millones en 2023 (de 1 millón a 1,7 millones) (United Nations Programme on HIV/AIDS, 2024).

De los 2,7 millones de personas que vivían con el VIH en la región de América Latina y el Caribe en 2023, 1,7 millones recibían tratamiento antirretrovírico en América Latina y 240.000 en el Caribe. Esto se traduce en una tasa de cobertura del 73% en las Américas y del 70% en el Caribe. Por el contrario, el Caribe ha tenido un descenso del 22% en nuevas infecciones, pasando de 19.000 a 15.000 anuales, mientras que América Latina ha visto un aumento previsto del 9% en nuevas infecciones desde 2010, alcanzando las 120.000 nuevas infecciones en 2023. (Organización Panamericana de la Salud, 2023)

La Vigilancia Epidemiológica de la Infección por el VIH en Perú está a cargo del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades y la Red Nacional de

Epidemiología (RENACE). Estimaron que para el 2023 habrá 110 058 personas seropositivas (92 700-136 046), con una prevalencia de 0,39% en adultos de 15 a 49 años y una relación hombre/mujer de 3,6, inferior a la de 4,0 del 2022. Esto significa que por cada cuatro hombres seropositivos hay una mujer seropositiva. (Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades, 2024)

2.1.3. Cuadro clínico

El cuadro clínico cambia en función de la fase de la infección. Por ejemplo, algunas personas pueden no presentar síntomas durante las primeras semanas, mientras que otras pueden experimentar síntomas parecidos a los de la gripe, como fiebre, erupción cutánea, dolor de cabeza y dolor de garganta. Pérdida de peso, fiebre, diarrea, tos y aumento de tamaño de los ganglios linfáticos son algunos de los síntomas de la enfermedad, que erosiona gradualmente el sistema inmunitario. El VIH puede empeorar infecciones preexistentes como la hepatitis C, la hepatitis B y la MPOX. Si no se recibe tratamiento, la infección se propaga aún más rápidamente, aumentando el riesgo de desarrollar enfermedades graves como tuberculosis, meningitis, infecciones bacterianas graves e incluso cánceres como linfomas y sarcoma de Kaposi. (World Health Organization,2024)

2.1.4. Transmisión

El VIH puede propagarse a través del intercambio de fluidos corporales, como sangre, semen, secreciones vaginales, leche materna o exudados de heridas o lesiones en la piel y las mucosas que contengan viriones del VIH. También puede transmitirse de madre a hijo durante el embarazo o el parto. El VIH se transmite con mayor facilidad en los primeros meses después de que una persona contraiga el virus.

Las vías de transmisión son:

- Por vía sexual, utilizando objetos punzantes y agujas contaminadas
- Trasplantes y transfusiones

No obstante, las personas seropositivas que siguen una terapia antirretrovírica y mantienen su carga viral indetectable no transmiten el virus a sus parejas sexuales. (World Health Organization,2024)

2.1.5. Diagnóstico

Para detectar el VIH pueden utilizarse técnicas de diagnóstico rápido, que ofrecen resultados en el mismo día y permiten un diagnóstico precoz, iniciar el tratamiento y evitar la infección. Algunas pruebas diagnósticas son incluso autoadministradas. Incluso existen pruebas diagnósticas autoadministradas. Sin embargo, son necesarias otras pruebas de confirmación que deben realizar profesionales sanitarios cualificados, ya que una sola prueba no puede establecer plenamente un diagnóstico positivo de VIH. (World Health Organization,2024)

Se recomiendan tres métodos con diversos principios antigénicos para confirmar un resultado positivo, siendo necesario el Western Blot. El tiempo de ventana se acorta a 13-15 días con las pruebas serológicas de cuarta generación, que también detectan el antígeno p24. El ADN/ARN proviral, o detección del genoma del VIH, se reserva para circunstancias complicadas y se utiliza junto con el diagnóstico serológico. En el seguimiento de los pacientes con VIH, la viremia plasmática, o carga viral, es esencial para determinar cuándo iniciar el tratamiento y evaluar el fracaso virológico de la medicación antirretroviral administrada en ese momento. (García et al., 2011).

2.1.6. Estadios de la infección por VIH

El VIH sigue propagándose y empeorando con el tiempo si no se recibe terapia. El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) es el resultado de la destrucción del sistema inmunitario por el VIH (NIH, 2021). La infección por VIH se produce en tres etapas:

2.1.6.1. Fase de infección aguda retroviral. Se cree que esta fase de la enfermedad se produce entre dos y cuatro semanas después de la infección. El individuo infectado presenta

síntomas similares a los de la gripe, como fiebre, erupción cutánea y dolor de cabeza. Debido a la vaguedad de sus síntomas, el paciente puede ignorarlos, lo que aceleraría la progresión de la enfermedad por todo el organismo. La concentración del VIH en la sangre es muy alta durante la fase aguda de la infección, lo que aumenta la probabilidad de transmisión. (National Institute of Health, 2021)

2.1.6.2. Fase crónica de la infección VIH. Latencia clínica o infección asintomática son otros nombres que recibe esta fase del VIH. Durante este periodo, el VIH sigue replicándose en el organismo, aunque en cantidades extremadamente bajas. La persona puede incluso no presentar ningún síntoma relacionado con el VIH en este momento. Sin embargo, el SIDA tardaría al menos diez años en desarrollarse sin terapia antirretrovírica, y algunas personas pueden tenerlo antes. Las personas que toman la terapia antirretrovírica según las indicaciones y mantienen una carga viral indetectable no corren peligro de transmitir el VIH a su pareja (que es seronegativa) a través del contacto sexual, aunque pueden permanecer en esta fase durante muchas décadas y el VIH aún puede propagarse en este punto. (National Institute of Health, 2021)

2.2. Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)

La fase más grave de la infección es el SIDA, que provoca una rápida pérdida de peso, hipertermia recurrente, inflamación prolongada de los ganglios linfáticos, manchas en la piel, lesiones en la boca, el ano o los genitales, diarrea prolongada y problemas de salud mental como depresión y pérdida de memoria. En esta fase, el sistema inmunitario ya está gravemente comprometido, por lo que las infecciones y otras enfermedades son difíciles de combatir. (Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development, 2021)

Los enfermos de SIDA tienen una carga vírica muy elevada, infecciones oportunistas, un recuento de células CD4 inferior a 200/mm³ y un mayor riesgo de contagiar el virus a otras personas. Los enfermos de SIDA pueden vivir a menudo tres años sin terapia. (National

Institute of Health, 2021)

2.3. Clasificación clínica del VIH

El sistema de categorización clínica más utilizado para el VIH es el método del CDC (Centro de Control de Enfermedades) de 1993, que permitirá determinar el estadio de la enfermedad. (Codina, 2002)

2.3.1. Categoría A

Las infecciones primarias y los individuos asintomáticos con o sin linfadenopatía crónica generalizada entran en este grupo. (Codina, 2002)

2.3.2. Categoría B

Pacientes que no padecen enfermedades de la categoría C pero presentan síntomas relacionados con el VIH. Entre ellos se incluyen el herpes zóster, la púrpura trombocitopénica idiopática, la candidiasis vulvovaginal crónica, la displasia cervical, el herpes zóster, la leucoplasia vellosa oral, la listeriosis, la enfermedad inflamatoria pélvica, la neuropatía periférica y la candidiasis bucal. (Codina, 2002).

2.3.3. Categoría C

Los pacientes que presentan los síntomas diagnósticos del SIDA pertenecen a este grupo. (Codina, 2002)

Se cree que el SIDA afecta a pacientes de las categorías C1, C2, C3, A3 y B3, con una tasa de supervivencia a tres años que no supera el 15-30%. (Codina, 2002)

Según la clasificación de 1993, las siguientes condiciones diagnósticas están presentes en la fase de SIDA si el paciente tiene infección por el VIH y no se encuentra ninguna otra causa de inmunodeficiencia:

- Candidiasis de la tráquea, los bronquios o los pulmones; candidiasis del esófago; y cáncer cervical invasivo

- Coccidioidomicosis diseminada (en zonas distintas de los pulmones y los ganglios)

linfáticos cervicales o hiliares)

- La versión extrapulmonar de la criptococosis
- Criptosporidiosis, caracterizada por diarrea que dura más de un mes
- Una infección por citomegalovirus en un paciente de más de un mes que afecta a un órgano distinto del hígado, el bazo o un ganglio linfático.
- Histoplasmosis diseminada (en una localización distinta o adicional a los pulmones y los ganglios linfáticos cervicales o hiliares) - Retinitis por citomegalovirus - Encefalopatía por VIH - Infección por virus del herpes simple que provoque una úlcera mucocutánea de duración superior a un mes o bronquitis, neumonitis o esofagitis de cualquier duración que afecte a un paciente mayor de un mes
- Isosporidiasis prolongada (que dure más de un mes)
- Linfoma de Burkitt o su homólogo; sarcoma de Kaposi
- Linfoma inmunoblástico o afección relacionada.
- Linfoma cerebral primario; infección extrapulmonar o diseminada por *M. avium-intracellulare* o *M. kansasii*.
- Tuberculosis diseminada o extrapulmonar; tuberculosis pulmonar.
- Infección extrapulmonar o difusa por otras micobacterias.
- Neumonía causada por *P. carinii*.
- Neumonía de repetición.
- Las especies de *Salmonella* distintas de *S. typhi* pueden causar sepsis recurrente y leucoencefalopatía multifocal progresiva.
- Presencia de toxoplasmosis cerebral en un paciente mayor de un mes.
- Estado de desgaste, a menudo conocido como caquexia por VIH.

2.4. Tratamiento antirretroviral (TARV)

El tratamiento con antirretrovirales establecido consta en tomar una serie de medicamentos diariamente y tiene como objetivo disminuir el nivel plasmático de ARN de VIH para así volverlo indetectable (<20 a 50 copias/mL) al mismo tiempo intenta restaurar el recuento de CD4 a niveles normales lo que se conoce como reconstitución inmunitaria así poder evitar que la infección por VIH progrese a SIDA (Manual MSD, 2023)

El TAR mejora la calidad de vida de las personas infectadas por el VIH, a pesar de que no es una cura. Incluso cuando hay contacto sexual, el riesgo de transmisión del VIH disminuye si se mantiene una adherencia adecuada al TAR, lo que se traduce en una carga viral indetectable. (VIH y el SIDA: Conceptos Básicos | NIH, 2023.)

El inicio del TARV debe darse lo más pronto posible y es independiente al estadio clínico de la persona con VIH y/o al recuento de linfocitos T CD4 y carga viral. (Ministerio de Salud, 2020)

2.5. No adherencia al tratamiento antirretroviral

Para que la terapia antirretrovírica sea eficaz, la adherencia al tratamiento es crucial, ya que el incumplimiento no sólo afecta a la persona que vive con el VIH, sino que también indica problemas en su relación con los profesionales médicos y otros elementos como la enfermedad y el conocimiento de la misma, los medicamentos, el entorno, etc. (Enrique, 2020)

La ausencia de adherencia al tratamiento aumenta muchos riesgos y también morbimortalidad en el paciente, incrementos en el costo de servicios de salud ya que el Estado invertiría más en medicamentos, reduce la eficacia del tratamiento y sesga la evaluación de la efectividad del tratamiento lo que genera prescripciones de dosis más altas de los fármacos. Así mismo, también afecta la economía, ya que la sintomatología puede generar ausentismo o incluso pérdida laboral, gastos en hospitalizaciones, exámenes adicionales e interconsultas. (Enrique, 2020)

2.6. Factores asociados a la no adherencia

2.6.1. Factores epidemiológicos

A. Edad. Estipulan que los jóvenes corren un riesgo en cuanto a la adherencia al tratamiento, ya que suelen ser menos responsables o rígidos.

B. Sexo. El sexo masculino es más propenso a no ser adherente al tratamiento, sin embargo, depende del tipo de población en la que se estudie.

C. Estado civil: Los pacientes que tienen compañeros que les apoyan emocionalmente tienen más probabilidades de seguir el tratamiento.

D. Bajo nivel de instrucción: La educación permite que el paciente tenga mejor comprensión sobre la enfermedad, sus consecuencias y el tratamiento, por lo que un bajo nivel de educación hace que el paciente sea menos consciente de la enfermedad y no sea adherente a su tratamiento.

E. Desempleo: Dado que el desempleo genera mucha incertidumbre, depresión, estrés, falta de recursos, entre otros, es un factor predisponente para no tener una adecuada adherencia e incluso abandonar el tratamiento

F. Orientación sexual: Las personas VIH positivo con diferente orientación sexual a la heterosexual, tienden a ser menos adherente a su tratamiento por cierto temor a la estigmatización e incluso a la revelación de su privacidad. (Alvis et al., 2009)

2.6.2. Factores clínicos

A. Tiempo de enfermedad. Con el tiempo, los pacientes pueden desarrollar cansancio por el tratamiento, efectos adversos a largo plazo o desmotivación, que es una de las principales razones que contribuyen a la no adherencia al tratamiento.

B. Efectos adversos del medicamento. Mantener una relación médico-paciente positiva también es crucial porque los medicamentos utilizados en la terapia antirretroviral

pueden causar molestias, como náuseas, vómitos, diarrea, fatiga, dolores de cabeza, insomnio, lipodistrofia y problemas de salud mental. Estos efectos secundarios pueden conducir a la falta de adherencia en las personas seropositivas, por lo que es fundamental que el paciente comunique cualquier reacción, de modo que puedan ponerse en marcha estrategias oportunas para mejorar la adherencia al tratamiento.

C. Complejidad del protocolo del tratamiento. una variedad de medicamentos, con dosis frecuentes, así como la carga de las pastillas y la falta de simplicidad en el tratamiento generan en el paciente un cierto estrés e incluso ansiedad que pueden desencadenar en no adherirse a su tratamiento.

D. Comorbilidades relacionadas al VIH. Una persona con VIH es más propensa a contraer enfermedades e infecciones (especialmente ITS) que necesitan su respectivo tratamiento, por lo que se tendría que consumir más medicamentos, lo que puede dificultar al paciente en tanto las tomas de medicamentos. Además, si un paciente presenta enfermedades de salud mental hace que sea más propenso al incumplimiento del tratamiento. (Santiago et al., 2023)

III. MÉTODO

3.1. Tipo y diseño de investigación

Este estudio adopto un enfoque cuantitativo, midiendo variables con métodos estadísticos para analizar datos. Se empleo un método descriptivo correlacional de corte transversal, examinando las características de la población en un momento dado. El diseño no experimental observo la variable en su contexto real. Además, es un estudio prospectivo, utilizo el cuestionario CEAT-VIH para recopilar datos sobre las variables de interés.

3.2. Ámbito temporal y espacial

Este estudio se realizó en el hospital más antiguo de Perú, que cuenta con uno de los primeros servicios de enfermedades infecciosas y con notables médicos que contribuyeron a forjar la historia médica del país. Conocido como un establecimiento de salud de categoría III-1 del tercer nivel de atención, de alta complejidad, el histórico Hospital Nacional Dos de Mayo (HNDM) 2024 forma parte del Diris V Lima, Centro del Hospital Nacional de Lima y tiene la capacidad de tratar las enfermedades más complicadas.

3.3. Variables

3.3.1. *Factores Sociodemográficos*

- Edad, Sexo, Orientación sexual, Estado civil, Grado de instrucción, Ingreso económico, Número de parejas sexuales, Persona con quien vive, Consumo de sustancias

3.3.2. *Factores Clínicos*

- Años de enfermedad, Tiempo de tratamiento (TARV), Reacción adversa a medicamento, Esquema de TARV, Número de pastillas.

3.3.3. *Variables Dependientes*

Adherencia al TARV, Porcentaje de adherencia

3.4. Población y muestra

3.4.1. Población

Se consideró como población objetivo a los pacientes seropositivos para VIH o Sida que fueron atendidos en el HNMD entre enero y julio de 2024, y que se identificaron como no adherentes a su tratamiento farmacológico prescrito.

3.4.2. Unidad de análisis

Dado que se evaluó el nivel de cumplimiento al tratamiento en los pacientes, éstos sirvieron como unidad de análisis.

3.4.3. Muestra

La muestra estuvo formada por 2.600 pacientes atendidos en el HNMD entre enero y julio de 2024 y que hayan recibido un diagnóstico positivo de VIH/SIDA. La muestra se eligió mediante un proceso aleatorio directo, lo que significa que no se tendrá en cuenta ningún atributo en particular y que cada unidad de análisis tendrá las mismas posibilidades de ser elegida.

3.4.4. Muestreo

Se usó la fórmula de Población finita:

$$n = \frac{NZ^2PQ}{(N - 1)E^2 + Z^2PQ}$$

A. Parámetros.

N = 2600 Total de pacientes atendidas

Z = 1.96 con un valor normal a un nivel de confianza del 95%

p = 0.50 proporción de los adherentes

q = 0.50 proporción de los no adherentes

E = 0.07 Estimación del error

n = Tamaño final de la muestra (182)

Muestra de 182 pacientes con VIH o Sida que reciben TARV y llevan seguimiento en el HNNDM de 1 enero - julio 2024

3.4.5. Criterios de inclusión

- Pacientes de ambos sexos con igual o mayor de 18 años
- Pacientes con VIH o Sida
- Pacientes con prescripción antirretroviral en HNNDM del 1 de enero a 31 de julio del 2024
- Pacientes que toman completa sus dosis de tratamiento antirretroviral brindado por el HNNDM
- Pacientes que deseen participar de la investigación

3.4.6. Criterios de exclusión

- Aquellos que estén refiriéndose a centros de salud para su tratamiento
- Pacientes que se nieguen a firmar el consentimiento informado

3.5. Instrumento

Se diseñó y aplicó un formulario de recolección de datos (Anexo 3) para capturar la información de los pacientes adultos seropositivos al VIH o SIDA del HNNDM. La estructura del formulario se basó en las variables sociodemográficas y clínicas definidas para el estudio.

El "Cuestionario de Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral (CEAT-VIH)" fue diseñado y validado en España por E. Remor en 2002, con una fiabilidad del 73%, y posteriormente validado en Perú por E. Tafur et al. en 2008, con un Alfa de Cronbach de 0,706. Este cuestionario consta de 20 apartados: 17 con escala Likert de 3 puntos, 2 dicotómicos y 1 con tres opciones. Clasifica la adherencia en: estricta (>85), adecuada (81-85), insuficiente (74-80) y baja (<73).

Además, el instrumento CEAT-VIH evaluó las siguientes variables: adherencia al tratamiento, adherencia global al tratamiento desde el comienzo, adherencia al horario de medicación, recuerdo de la medicación, antecedentes de no adherencia, relación que se da entre paciente y médico, creencias del paciente y estrategias de administración de la medicación.

3.6. Procedimientos

La recolección de datos se duró dos semanas, se inició con el permiso del comité de ética de la Facultad de Medicina Hipólito Unanue (FMHU), además se solicitó autorización a la Oficina de investigación y docencia del HNDM, y a su comité de Ética, sobre la realización de este estudio mediante un oficio con la finalidad de solicitar los permisos correspondientes.

Luego, se necesitó conversar con el personal encargado del servicio para que facilite y apoye en la aplicación del cuestionario, además se realizó con apoyo del mismo personal que labora en el servicio.

Mediante código QR se les compartió el enlace web para que los pacientes puedan responder el cuestionario vía internet y de forma física sin el participante no contaba con dispositivo electrónico, además de poder darme su consentimiento informado para su participación, lo que les tomaría un máximo de 20 minutos.

3.7. Análisis de datos

Para procesar los datos numéricos acerca de las variables fue realizado con el software SPSS n26, contándose con matrices de los datos en hojas de cálculo en Excel. Se utilizarían valores finales para cada una de las variables y sus dimensiones. Luego estos datos sistematizados en matrices serían ingresados al SPSS para procesar el análisis tanto descriptivo como inferencial.

Se obtuvo los reportes distribuidos a través de frecuencias con los respectivos porcentajes, los que serán presentados a través de tablas y figuras.

Mediante un análisis bivariado, se determinó intensidad de la relación de las variables, estimando el chi cuadrado, con una significancia del 95%.

Posteriormente se determinó la fuerza de asociación mediante el uso y cuantificación del Odds ratio con su respectivo intervalo de confianza

3.8. Consideraciones éticas

Con la autorización completa para su desarrollo, la presente tesis de investigación se presentó al Comité de Ética del HNDM. Dado que para aprobar el presente estudio se utilizó el permiso informado y que los trabajadores no implicados en el estudio no tendrán acceso a los datos, se mantuvo el anonimato de los mismos. El apiñamiento de datos se llevó bajo las estipulaciones de los principios éticos, incluidos los de beneficencia, autonomía, no maleficencia y justicia, tal y como se recogen en la Declaración de Helsinki.

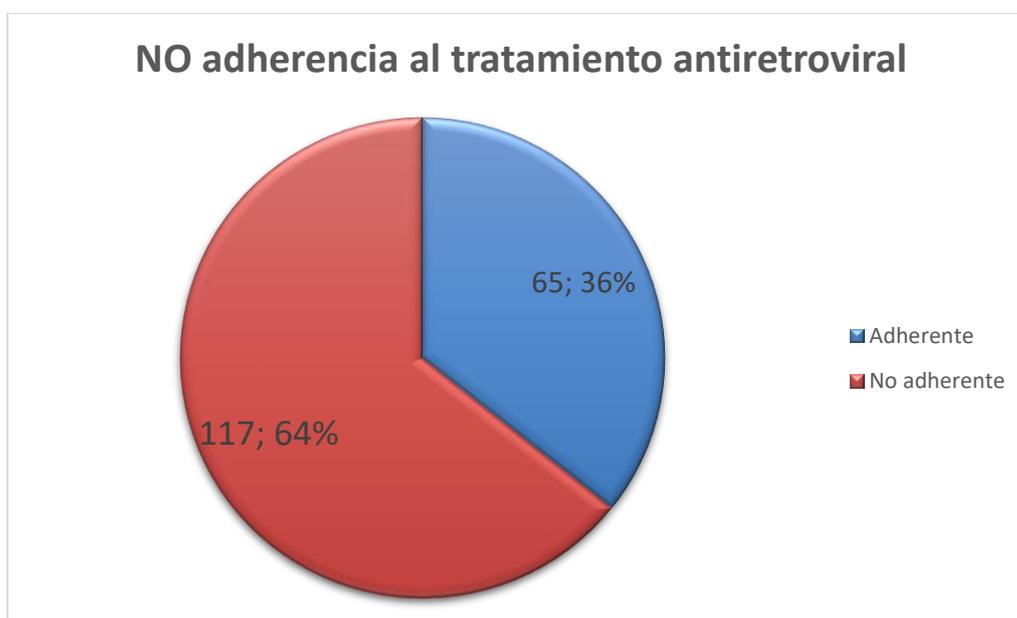
IV. RESULTADOS

4.1. Análisis descriptivo

Mediante el uso de métodos estadísticos, se analizaron los datos de 182 pacientes con VIH o SIDA que recibían TARV y fueron tratados en el HNMD en enero de 2024, logrando así demostrar e identificar los resultados más pertinentes para el estudio.

Figura 1.

Nivel de no adherencia al TARV en pacientes que reciben TARV en HNMD



Se observa en la Figura 1 que la mayoría de los pacientes con VIH o Sida que reciben TARV, con un 64% (n=117), no son adherentes al tratamiento, en contraposición al 36% (n=65) que sí lo son.

Tabla 1.

Características sociodemográficas de los pacientes que reciben TARV.

Características sociodemográficas de pacientes con diagnóstico de VIH atendidos en el HNMD. N= 182

Características	Frecuencia	
	n	%
Edad (años)		
20 - 45 años	104	57.1
46 - 59 años	62	34.1
>60 años	16	8.8
Sexo		
Femeninos	37	20.3
Masculinos	145	79.7
Orientación sexual		
Bisexual	31	17.0
Heterosexual	65	35.7
Homosexual	71	39.0
Otro	15	8.3
Número de parejas sexuales		
Ninguna	57	31.3
1	91	50.0
2 a 4	25	13.7
> 4	9	5.0
Grado de instrucción		
Primaria	10	5.5
Secundaria	68	37.4
Técnico superior	51	28.0
Universitario	53	29.1
Estado civil		

Soltero	129	70.9
Casado	8	4.4
Conviviente	30	16.5
Divorciado	6	3.3
Viudo	9	4.9
Persona con quien vive		
Solo	44	24.2
Pareja	40	21.9
Familiares	94	51.7
Amigos	4	2.2
Se encuentra con empleo		
No	44	24.2
Si	138	75.8
Ingreso económico (soles)		
< 1025	79	43.4
1025 - 1500	54	29.7
> 1500	49	26.9
Consumo de sustancias en 6 meses ultimo		
Nada	129	70.8
Alcohol	45	24.7
Drogas	8	4.4
La familia conoce sobre su estado de salud		
No	43	23.6
Si	139	76.4

Fuente: Ficha de recolección del autor.

La Tabla 1 presenta las características de 182 pacientes atendidos con diagnóstico de VIH atendidos en el HNDM. La mayoría de los pacientes se encuentran en el primer rango de 20-45 años (57.1%), Se observa una marcada predominancia de pacientes masculinos (79.7%). La orientación homosexual es la más prevalente (39.0%). Un alto porcentaje de pacientes reporta una sola pareja sexual (50.0%). La mayoría de los pacientes tienen educación secundaria (37.4%). La soltería es el estado civil predominante (70.9%). La mayoría de los pacientes viven con familiares (51.7%). Una mayoría tienen empleo (75.8%). Un porcentaje significativo de pacientes tiene ingresos menores a 1025 soles (43.4%). La mayoría de los pacientes no consumen sustancias (70.8%). Una mayoría de los pacientes informa que su familia conoce su estado de salud (76.4%).

Tabla 2.

Características clínicas de los pacientes que reciben TARV

Características clínicas de pacientes con diagnóstico de VIH atendidos en el HNDM.

N= 182

Características	Frecuencia	
	n	%
Tiempo de enfermedad (año)		
< 1 año	7	3.9
De 1 a 5 años	33	18.1
> 5 años	142	78.0
Tiempo de tratamiento		
Menor a 1 año	9	4.9
De 1-5 años	38	20.9

Mayor 5 años	135	74.2
Cantidad de pastillas tomadas diariamente		
< 5 pastillas	163	89.6
≥ 5 pastillas	19	10.4
Reacción adversa por el tratamiento antirretroviral		
No	119	65.4
Si	63	34.6
Tipo de reacción adversa		
Ninguna	119	65.4
Dermatológicas	22	12.1
Estado de ánimo	4	2.2
Gastrointestinales	13	7.1
Constitucionales	19	10.4
Otros	5	2.8
Enfermedades concomitantes con el VIH		
No	115	63.2
Si	65	36.8
Tipo de enfermedad concomitante con el VIH		
Ninguna	115	63.2
Tuberculosis	16	8.8
Sífilis	18	9.9
Otros	33	18.3

Fuente: Ficha de recolección del autor.

La Tabla 2 se presenta que la mayor cantidad (78.0%) tienen más de 5 años de enfermedad. De manera similar al tiempo de enfermedad, la mayoría de los pacientes (74.2%) tienen más de 5 años de TARV. La mayor cantidad (89.6%) toman menos de 5 pastillas al día. Un 34.6% de los pacientes reporta haber experimentado reacciones adversas al TARV. Las reacciones dermatológicas (12.1%) son las más comunes. Un 36.8% de los pacientes tiene enfermedades concomitantes. La sífilis (9.9%) es la enfermedad concomitante más frecuentes.

Tabla 3.

factores epidemiológicos de los pacientes que reciben TARV.

Factores asociados a la no adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes con diagnóstico de VIH atendidos en el HNMD. N= 182

	Adherencia al tratamiento		Chi-cuadrado (p-valor)
	Si n= 65 (%)	No n= 117 (%)	
Edad (años)			
20-45 años	32 (49.2)	72 (61.5)	1
46-59 años	26 (40.0)	36 (30.8)	0.146
> 60 años	7 (10.8)	9 (7.7)	0.306
Sexo			
Femeninos	14 (21.5)	23 (19.7)	0.763
Masculinos	51 (78.5)	94 (80.3)	
Orientación sexual			
Heterosexual	28 (43.1)	37 (31.6)	1
Bisexual	9 (13.8)	22 (18.8)	0.189

Homosexual	22 (33.9)	49 (41.9)	0.145
Otro	6 (9.2)	9 (7.7)	0.828
Número de parejas sexuales			
Ninguna	20 (30.8)	37 (31.6)	1
1	31 (47.7)	60 (51.3)	0.899
2 a 4	10 (15.4)	15 (12.8)	0.671
> 4	4 (6.1)	5 (4.3)	0.589
Grado de instrucción			
Secundaria	24 (37.0)	44 (37.6)	1
Primaria	6 (9.2)	4 (3.4)	0.145
Técnico superior	21 (32.3)	30 (25.6)	0.513
Universitario	14 (21.5)	39 (33.4)	0.298
Estado civil			
Conviviente	13 (20.0)	17 (14.5)	1
Soltero	41 (63.1)	88 (75.2)	0.232
Casado	4 (6.2)	4 (3.4)	0.737
Divorciado	3 (4.6)	3 (2.6)	0.765
Viudo	4 (6.1)	5 (4.3)	0.953
Persona con quien vive			
Solo	20 (30.8)	24 (20.5)	1
Pareja	17 (26.2)	23 (19.7)	0.785
Familiares	27 (41.5)	67 (57.3)	0.055
Amigos	1 (1.5)	3 (2.5)	0.443
Se encuentra con empleo			
No	15 (23.1)	29 (24.8)	0.796

Si	50 (76.9)	88 (75.2)	
Ingreso económico			
> 1500	17 (26.2)	32 (27.4)	1
1025 a 1500	24 (36.9)	30 (25.6)	0.314
< 1025	24 (36.9)	55 (47.0)	0.611
Consumo de sustancias en los últimos 6 meses			
Nada	54 (83.1)	75 (64.1)	1
Alcohol	10 (15.4)	35 (29.9)	0.021
Drogas	1 (1.5)	7 (6.0)	0.136
La familia conoce sobre su estado de salud			
No	15 (23.1)	28 (23.9)	
Si	50 (76.9)	89 (76.1)	0.897

Fuente: Ficha de recolección del autor.

La Tabla 3 evalúa la asociación entre diversos factores sociodemográficos y la adherencia al tratamiento antirretroviral (TARV). Se constata una asociación estadísticamente significativa en relación al consumo de alcohol y la no adherencia al TARV ($p = 0.021$). además, no se halló una asociación estadísticamente significativa entre las demás variables y la no adherencia al TARV ($p > 0.05$).

Tabla 4.

Factores clínicos de los pacientes que reciben TARV

Factores asociados a la no adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes con

diagnóstico de VIH atendidos en el HNDM, en el periodo de enero-febrero 2025. N= 182

	Adherencia al tratamiento		Chi-cuadrado (p-valor)
	Si n= 65 (%)	No n= 117 (%)	
Tiempo de enfermedad			
De 1-5 años	13 (20.0)	20 (17.1)	1
Menor de 1 año	2 (3.1)	5 (4.3)	0.593
Mayor de 5 años	50 (76.9)	92 (78.6)	0.652
Tiempo de tratamiento			
De 1-5 años	15 (23.1)	23 (19.7)	1
Menor a 1 año	2 (3.1)	7 (5.9)	0.342
Mayor a 5 años	48 (73.8)	87 (74.4)	0.658
Cantidad de pastillas tomadas diariamente			
< 5 pastillas	59 (90.8)	104 (88.9)	0.691
≥ 5 pastillas	6 (9.2)	13 (11.1)	
Reacción adversa por el tratamiento antirretroviral			
No	50 (76.9)	69 (58.9)	0.015
Si	15 (23.1)	48 (41.1)	
Tipo de reacción adversa			
Ninguna	50 (76.9)	69 (58.9)	1
Dermatológicas	4 (6.1)	18 (15.4)	0.043
Estado de ánimo	2 (3.1)	2 (1.7)	0.751
Gastrointestinales	3 (4.6)	10 (8.6)	0.197
Constitucionales	3 (4.6)	16 (13.7)	0.039

Otros	3 (4.6)	2 (1.7)	0.435
Enfermedades concomitantes con el VIH			
No	46 (70.8)	69 (58.9)	0.114
Si	19 (29.2)	48 (41.1)	
Tipo de enfermedad concomitante con el VIH			
Ninguna	46 (70.8)	69 (58.9)	1
Tuberculosis	1 (1.5)	15 (12.8)	0.028
Sífilis	4 (6.2)	14 (12.0)	0.157
Otros	14 (21.5)	19 (16.3)	0.803

Fuente: Ficha de recolección del autor.

La Tabla 4 Se investigó la vinculación entre distintas características clínicas y la no adherencia al TARV en un grupo de 117 pacientes con VIH que no cumplían con el tratamiento. Los análisis revelaron asociaciones estadísticamente significativas entre: la presencia de reacciones adversas y la no adherencia al TARV ($p = 0.015$), las reacciones dermatológicas y la no adherencia al TARV ($p = 0.043$), las reacciones constitucionales y la no adherencia al TARV ($p = 0.039$), y la tuberculosis y la no adherencia al TARV ($p = 0.028$)

Tabla 5.

Factores con fuerza de asociación de los pacientes que reciben TARV.

Factores asociados a la no adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes con diagnóstico de VIH atendidos en el HNMD		
Adherencia al tratamiento		Odds Ratio (IC)
Si n= 65 (%)	No n= 117 (%)	

Edad (años)			
20-45 años	32 (49.2)	72 (61.5)	
46-59 años	26 (40.0)	36 (30.8)	0.61 (0.31-1.18)
> 60 años	7 (10.8)	9 (7.7)	0.57 (0.19-1.66)
Sexo			
Femeninos	14 (21.5)	23 (19.7)	1.12 (0.48-2.50)
Masculinos	51 (78.5)	94 (80.3)	
Orientación sexual			
Heterosexual	28 (43.1)	37 (31.6)	
Bisexual	9 (13.8)	22 (18.8)	1.84 (0.73-4.63)
Homosexual	22 (33.9)	49 (41.9)	1.68 (0.83-3.40)
Otro	6 (9.2)	9 (7.7)	1.13 (0.36-3.56)
Número de parejas sexuales			
Ninguna	20 (30.8)	37 (31.6)	
1	31 (47.7)	60 (51.3)	1.04 (0.52-2.09)
2 a 4	10 (15.4)	15 (12.8)	0.81 (0.30-2.13)
> 4	4 (6.1)	5 (4.3)	0.67 (0.16-2.80)
Grado de instrucción			
Secundaria	24 (37.0)	44 (37.6)	
Primaria	6 (9.2)	4 (3.4)	0.36 (0.09-1.41)
Técnico superior	21 (32.3)	30 (25.6)	0.77 (0.36-1.64)
Universitario	14 (21.5)	39 (33.4)	1.51 (0.69-3.33)
Civil estado			
Conviviente	13 (20.0)	17 (14.5)	

Soltero	41 (63.1)	88 (75.2)	1.64 (0.72-3.69)
Casado	4 (6.2)	4 (3.4)	0.76 (0.16-3.64)
Divorciado	3 (4.6)	3 (2.6)	0.76 (0.13-4.42)
Viudo	4 (6.1)	5 (4.3)	0.95 (0.21-4.28)
Persona con quien vive			
Solo	20 (30.8)	24 (20.5)	
Pareja	17 (26.2)	23 (19.7)	1.12 (0.47-2.67)
Familiares	27 (41.5)	67 (57.3)	2.06 (0.98-4.34)
Amigos	1 (1.5)	3 (2.5)	2.5 (0.24-25.9)
Se encuentra con empleo			
No	15 (23.1)	29 (24.8)	0.91 (0.41-4.95)
Si	50 (76.9)	88 (75.2)	
Ingreso económico			
> 1500	17 (26.2)	32 (27.4)	
1025 a 1500	24 (36.9)	30 (25.6)	0.66 (0.29-1.47)
< 1025	24 (36.9)	55 (47.0)	1.21 (0.56-2.60)
Consumo de sustancias en los últimos 6 meses			
Ninguna	54 (83.1)	75 (64.1)	
Alcohol	10 (15.4)	35 (29.9)	2.52 (1.14-5.52)
Drogas	1 (1.5)	7 (6.0)	5.04 (0.60-42.1)
La familia conoce sobre su estado de salud			
No	15 (23.1)	28 (23.9)	0.95 (0.43-2.05)
Si	50 (76.9)	89 (76.1)	

Tiempo de enfermedad			
De 1-5 años	13 (20.0)	20 (17.1)	
Menor de 1 año	2 (3.1)	5 (4.3)	1.62 (0.27-9.65)
Mayor de 5 años	50 (76.9)	92 (78.6)	1.19 (0.54-2.60)
Tiempo de tratamiento			
De 1-5 años	15 (23.1)	23 (19.7)	
Menor a 1 año	2 (3.1)	7 (5.9)	2.28 (0.41-12.5)
Mayor a 5 años	48 (73.8)	87 (74.4)	1.18 (0.56-2.47)
Cantidad de pastillas tomadas diariamente			
< 5 pastillas	59 (90.8)	104 (88.9)	1.22 (0.40-4.15)
≥ 5 pastillas	6 (9.2)	13 (11.1)	
Reacción adversa por el tratamiento antirretroviral			
No	50 (76.9)	69 (58.9)	2.31 (1.12-4.95)
Si	15 (23.1)	48 (41.1)	
Tipo de reacción adversa			
Ninguna	50 (76.9)	69 (58.9)	
Dermatológicas	4 (6.1)	18 (15.4)	3.26 (1.03-10.2)
Estado de ánimo	2 (3.1)	2 (1.7)	0.72 (0.09-5.31)
Gastrointestinales	3 (4.6)	10 (8.6)	2.41 (0.63-9.23)
Constitucionales	3 (4.6)	16 (13.7)	3.86 (1.06-13.9)
Otros	3 (4.6)	2 (1.7)	0.48 (0.07-2.99)
Enfermedades			

concomitantes con el			
VIH			
No	46 (70.8)	69 (58.9)	1.68 (0.84-3.42)
Si	19 (29.2)	48 (41.1)	
Tipo de enfermedad			
concomitante con el VIH			
Ninguna	46 (70.8)	69 (58.9)	
Tuberculosis	1 (1.5)	15 (12.8)	9.99 (1.27-78.3)
Sífilis	4 (6.2)	14 (12.0)	2.33 (0.72-7.53)
Otros	14 (21.5)	19 (16.3)	0.90 (0.41-1.98)

Fuente: Ficha de recolección del autor.

La tabla 5 presenta un análisis de 117 pacientes con VIH, evaluando la asociación con las diversas variables tanto sociodemográficas como clínicas y la adherencia al TARV. El consumo de alcohol en los últimos 6 meses se asocia significativamente con una menor adherencia al TARV (OR: 2.52, IC: 1.14-5.52). El consumo de drogas también muestra una asociación, aunque el intervalo de confianza es amplio (OR: 5.04, IC: 0.60-42.1). Experimentar reacciones adversas al TARV se asocia con una menor adherencia (OR: 2.31, IC: 1.12-4.95). Dentro de las reacciones adversas, las dermatológicas (OR: 3.26, IC: 1.03-10.2) y constitucionales (OR: 3.86, IC: 1.06-13.9) muestran una asociación más fuerte con la no adherencia. La presencia de tuberculosis se asocia fuertemente con la no adherencia (OR: 9.99, IC: 1.27-78.3). La presencia de sífilis también muestra una asociación a la no adherencia (OR: 2.33, IC: 0.72-7.53). Vivir con familiares se asocia a una importante adherencia (OR: 2.06, IC: 0.98-4.34)

V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El presente estudio evaluó los factores que se asocian a una buena o mala adherencia al (TARV) en 182 pacientes. Los resultados revelaron asociaciones significativas entre ciertos factores y la adherencia al TARV. Uno de los hallazgos más destacados fue la asociación entre la ingesta de alcohol y la no adherencia al TARV. Los pacientes que reportaron consumo de alcohol en los últimos 6 meses tuvieron más del doble de probabilidades de presentar no adherencia (OR: 2.52, IC: 1.14-5.52). Este resultado es consistente con estudios previos que han demostrado el impacto negativo del alcohol en la adherencia al TARV (Lee, 2024). Estos hallazgos se podrían explicar ya que el alcohol puede interferir con la capacidad de los pacientes para recordar tomar sus medicamentos y puede estar asociado con comportamientos de riesgo que dificultan la adherencia. Además, la ingesta excesiva de alcohol interfiere significativamente con la farmacocinética de varios medicamentos antirretrovirales, alterando sus concentraciones plasmáticas y comprometiendo su eficacia terapéutica

El consumo de drogas también mostró una asociación con la no adherencia, aunque el intervalo de confianza fue amplio (OR: 5.04, IC: 0.60-42.1). Esto sugiere que el consumo de drogas podría tener un impacto negativo significativo, pero se necesita más investigación con una muestra más grande para confirmar este hallazgo. Estudios previos han encontrado que la ingesta de drogas se asocia con una menor adherencia al TARV (Arrieta et al., 2022). Esto se podría explicar debido a las interacciones farmacocinéticas resultantes de la combinación de drogas y medicamentos antirretrovirales pueden alterar las concentraciones plasmáticas de estos últimos, comprometiendo su actividad antiviral. Adicionalmente, la priorización del consumo de sustancias sobre el régimen terapéutico establecido, junto con las dificultades de acceso para la obtención de medicamentos y asociadas al estilo de vida de los consumidores de drogas, disminuye la adherencia al TARV.

La experiencia de reacciones adversas al TARV se asoció significativamente con la no adherencia (OR: 2.31, IC: 1.12-4.95). Este hallazgo subraya la importancia de detectar de forma temprana y además manejar efectivamente los efectos secundarios del tratamiento. Las reacciones adversas pueden interferir en gran medida la calidad de vida de los pacientes y disminuir su motivación para continuar con el TARV (Pérez y Viana, 2020). La terapia antirretroviral (TARV) puede inducir una amplia gama de efectos adversos, desde manifestaciones leves como náuseas y cefalea, hasta complicaciones severas como erupciones cutáneas, trastornos gastrointestinales y hepatotoxicidad (Smith y Jones, 2023). La intolerancia a estos efectos secundarios puede comprometer la adherencia al TARV, impactando negativamente la forma adecuada de vivir de los pacientes al limitar su capacidad para ejercer ciertas actividades comunes y ser partícipe de las interacciones cotidianas, lo que a su vez puede disminuir su motivación para continuar el tratamiento. Las reacciones adversas dermatológicas y constitucionales mostraron las asociaciones más fuertes con la no adherencia. Esto sugiere que estas reacciones adversas pueden ser particularmente molestas para los pacientes y pueden requerir una atención especial.

La presencia de tuberculosis se asoció fuertemente con la no adherencia (OR: 9.99, IC: 1.27-78.3). Esto podría deberse a la complejidad del tratamiento combinado y a la carga de pastillas. La tuberculosis es una infección común en personas con VIH y su tratamiento requiere la administración de múltiples medicamentos durante un período prolongado, así como (Leyva et al., 2019) encontró una asociación significativa entre la presencia de tuberculosis y la falta de adherencia al TARV en personas que viven con el VIH. La presencia de sífilis también mostró una asociación a la no adherencia (OR: 2.33, IC: 0.72-7.53). Esto podría deberse a factores similares a los de la tuberculosis, como la complejidad del tratamiento y la carga de pastillas.

VI. CONCLUSIONES

- El consumo de alcohol y drogas, la manifestación de reacciones adversa al tratamiento antirretroviral principalmente las dermatológicas y constitucionales además de la presencia de tuberculosis y sífilis son factores que se asocian significativamente con el incumplimiento del tratamiento en pacientes adultos con VIH/SIDA atendidos en el HNMD entre enero y julio de 2024.

- En el HNMD, durante el periodo de enero a julio de 2024, se observó que el 64% de los pacientes diagnosticados con VIH/SIDA no tuvieron una buena adherencia al tratamiento antirretroviral prescrito.

- Se identificó que el consumo de alcohol y drogas son factores sociodemográficos que influyen en el incumplimiento del tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH/SIDA.

- La presencia de reacciones adversas a los medicamentos antirretrovirales, especialmente aquellas que afectan la piel y el estado general, así como la coexistencia de tuberculosis y sífilis, son factores clínicos que dificultan la adherencia al tratamiento en pacientes con VIH/SIDA.

VII. RECOMENDACIONES

- Para optimizar la adherencia al TARV, es necesario la implementación de intervenciones educativas dirigidas a todo paciente con VIH/SIDA. La transmisión de información precisa y comprensible sobre la enfermedad y los medicamentos, junto con la realización de talleres y sesiones de consejería, puede mejorar significativamente la motivación y el afronte de los pacientes en continuar con medicación de manera consistente.

- Monitorizar continuamente la tolerancia y los efectos secundarios de los medicamentos antirretrovirales, junto con la implementación de estrategias de manejo efectivas, son fundamentales para optimizar en gran medida el tratamiento y mejorar la forma adecuada de vivir de los pacientes. Estas estrategias pueden incluir la reestructuración en el régimen terapéutico, la promoción de cambios para un buen estilo de vida de las pacientes para mitigar los efectos adversos.

- Implementar un abordaje terapéutico diseñado en función de las características individuales de cada paciente, ponderando variables tales como la edad, el estado civil, la presencia de hábitos nocivos, la duración de la enfermedad y la manifestación de reacciones adversas. Esto exige la formulación de planes de tratamiento individualizados y la colaboración interdisciplinaria con otros profesionales de la salud y servicios comunitarios, con el objetivo de brindar una atención integral.

VIII. REFERENCIAS

- Alcamí, J. y Coiras, M. (2011). Inmunopatogenia de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 29(3), 216-226. <https://doi.org/10.1016/j.eimc.2011.01.006>
- Arrieta-Martínez, J., Estrada-Acevedo, J., Gómez, C., Madrigal-Cadavid, J., Serna, J., Giraldo, P. y Quirós-Gómez, Ó., (2022). Factores relacionados con la no adherencia a la terapia antirretroviral en pacientes con VIH/sida. *Farmacia Hospitalaria*, 46(6), 319-326. <https://doi.org/10.7399/fh.11793>
- Barrera-Espinoza, R., Girón-Vargas, A., Gómez-Gonzales, W., Arana-Escobar, M., Nieva-Villegas, L., Gamarra-Bustillos, C., Auqui-Canchari, M., y Zapana-Tito, M. (2021). Factores asociados a la no adherencia al tratamiento antirretroviral en personas con VIH/SIDA. *Horizon Med*, 21(4), 498. <http://www.scielo.org.pe/pdf/hm/v21n4/1727-558X-hm-21-04-e1498.pdf>
- Gómez-Mercado, C., Madrigal-Cadavid, J., Rendón-Montoya, A., Hincapié, A., Giraldo-Álzate, N., Estrada-Acevedo, J., Giraldo-Sánchez, P. y Serna-Zuluaga, J. (2023). Aspectos farmacológicos y adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes VIH. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud*, 55(1). <https://doi.org/10.18273/saluduis.55.e:23063>
- Marzollo, M., De Carvalho, M., y Gastal F. (2023). Adherencia al tratamiento de personas que viven con VIH/SIDA en Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 39(1). <https://www.scielo.br/j/csp/a/jPhrfmtfSvRFtYkmSX3thgp/abstract/?lang=es#>
- Organización Panamericana de la Salud. [OPS]. (2023). *VIH/SIDA* <https://www.paho.org/es/temas/vihsida#:~:text=Se%20estima%20que%20el%20n%C3%BAmero,casos%20a%2015.000%20por%20a%C3%B1o>

Organización Panamericana de la Salud. [OPS]. (2023). *Terapia antirretroviral*.

<https://www.paho.org/es/temas/terapia-antirretroviral>

Pérez-Bastán, J. E., y Viana-Castaño, L. F. (2019). Factores asociados a la no adherencia terapéutica a los antirretrovirales en personas con VIH/sida. *Revista Cubana de Medicina Tropical*, 72(2), e499. <http://scielo.sld.cu/pdf/mtr/v72n2/1561-3054-mtr-72-02-e499.pdf>

Salgado-Jiménez, M., Haddad-Bello, J., Miranda-Correa, B., Martínez-Casarrubias, J., García-Bahena, M., Joánico-Morales, B., Cruz, M. y Balbuena-Herrera, E. (2018). Calidad de vida y factores asociados a la no adherencia al tratamiento en pacientes portadores de VIH. *Atención Familiar*, 25(4), 136–140. <https://doi.org/10.22201/facmed.14058871p.2018.4.67256>

Tadesse, A. y Shiferaw, A., (2021). Adherence and Its Associated Factors Among Adult HIV-Infected Patients on Antiretroviral Therapy in South Western Ethiopia, 2020. *Patient Preference And Adherence*, Volume 15, 299-308. <https://doi.org/10.2147/ppa.s298594>

United Nations Programme on HIV/AIDS [UNAIDS]. (2024). *Hoja informativa -Últimas estadísticas sobre el estado de la epidemia de sida*. <https://www.unaids.org/es/resources/fact-sheet>

Urizar C., Jarolin-Montiel M., Ayala-Servin N., Centurión-Wenninger C. y Montiel-Garcete D. (2020). Factores asociados a la no adherencia del tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH en un hospital de Paraguay. *Revista Científica de Ciencias Médicas*, 23(2). http://www.scielo.org.bo/pdf/rccm/v23n2/v23n2_a07.pdf

Vargas, D., Alburqueque, J., Roque-Quezada, J., Virú-Flores, H., Salcedo-Dávila, E. y Nieves-Cordova, L. (2022). Factores asociados a la mala adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes VIH positivo. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 52(4). <http://scielo.sld.cu/pdf/mil/v52n4/1561-3046-mil-52-04-e2697.pdf>

World Health Organization [WHO]. (2024). *Farmacorresistencia del VIH.*

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-drug->

IX. ANEXOS

ANEXO A: MATRIZ DE CONSISTENCIA

Problemas	Objetivos	Variables	Metodología
Problema General	Objetivo General	Variable Independiente:	Diseño: Descriptivo prospectivo
•¿Cuáles son los factores de no adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes diagnosticados con VIH/SIDA en el Hospital Nacional Dos Mayo de enero a julio del 2024?	Determinar los factores de no adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes adultos con VIH/Sida en Hospital Nacional Dos Mayo del 1 de enero a 31 de julio del 2024.	Factores sociodemográficos: Edad Sexo Identidad sexual Orientación sexual Estado civil Grado de instrucción Ingreso económico Número de parejas sexuales	Población: 2600 pacientes con diagnóstico de VIH Muestra: 182 pacientes Técnica: Encuesta
Problema Específicos	Objetivos Específicos	Persona con quien vive Consumo de sustancias nocivas	Instrumentos: -Cuestionario CEAT – VIH -Cuestionario de recolección de datos para factores sociodemográficos y clínicos
¿Cuál es el nivel de no adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes diagnosticados con VIH/SIDA en Hospital Nacional Dos Mayo del 1 de enero a 31 de julio del 2024?	Determinar el nivel de no adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes diagnosticados con VIH/SIDA	Factores clínicos: Años de enfermedad Tiempo de tratamiento Reacciones adversas Enfermedades relacionadas	
¿Cuáles son los factores sociodemográficos asociados a la no adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes diagnosticados con VIH/SIDA en Hospital Nacional Dos Mayo del 1 de enero a 31 de julio del 2024?	Identificar los factores sociodemográficos asociados a la no adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes diagnosticados con VIH/SIDA		
¿Cuáles son los factores clínicos asociados a la no adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes diagnosticados con VIH/SIDA en Hospital Nacional Dos Mayo del 1 de enero a 31 de julio del 2024?	Identificar son los factores clínicos asociados a la no adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes diagnosticados con VIH/SIDA		

ANEXO B: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO	CATEGORIZACIÓN	ESTADIGRAFO O ESTADÍSTICO
Factor sociodemográfico Edad	Número de años del paciente	Cualitativa	ordinal	<input type="checkbox"/> < de 20 años <input type="checkbox"/> De 20 a 45 años <input type="checkbox"/> De 46 a 59 años <input type="checkbox"/> > de 60 años
Factor sociodemográfico Sexo	Condición biológica, fisiológica, anatómica y física de la persona	Cualitativa	Nominal	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Factor sociodemográfico Orientación sexual	Atracción romántica, emocional, sexual o afectiva hacia otros.	Cualitativa	Nominal	<input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Homosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Otro
Factor sociodemográfico Estado civil	Situación de la paciente determinada por sus relaciones de familia, que provienen del matrimonio o del parentesco.	Cualitativa	Nominal	<input type="checkbox"/> Soltera <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Conviviente <input type="checkbox"/> Viuda <input type="checkbox"/> Divorciado
Factor sociodemográfico Grado de instrucción	Es el grado más elevado de estudios que se han alcanzado	Cualitativa	Ordinal	<input type="checkbox"/> Analfabeto <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria
				<input type="checkbox"/> Superior Técnico <input type="checkbox"/> Superior universitaria
Factor sociodemográfico Ingreso económico	Total, de ganancias monetaria que percibe unapersona en un determinado tiempo.	Cualitativa	Ordinal	<input type="checkbox"/> Menor de 1025 soles <input type="checkbox"/> De 1025 a 1500 soles <input type="checkbox"/> Mayor de 1500 soles

Factor sociodemográfico: Número de parejas sexuales	Cantidad de personas con las que se mantienen relaciones sexuales.	Cualitativa	Ordinal	<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2-4 <input type="checkbox"/> >4
Factor sociodemográfico: persona con quien vive	Persona o personas con las que se comparte el hogar	Cualitativa	Nominal	<input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Amigos <input type="checkbox"/> Familiares
Factor sociodemográfico: Consumo de sustancias	Consumo de estupefacientes	Cualitativa	Nominal	<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Drogas <input type="checkbox"/> Alcohol
Factor clínico: años de enfermedad	Cantidad de años desde diagnóstico de la enfermedad. el	Cualitativa	Ordinal	<input type="checkbox"/> Menos de 1 año <input type="checkbox"/> Entre 1-5 años <input type="checkbox"/> Mas de 5 años
Factor clínico: Tiempo de tratamiento	Cantidad en años en los que se recibe el TARV	Cualitativa	Ordinal	<input type="checkbox"/> Menos de 1 año <input type="checkbox"/> Entre 1 a 5 años <input type="checkbox"/> Mas de 5 años

Factor clínico: Reacción adversa a medicamento	Es la reacción nociva y no deseada que se presenta tras la administración de un fármaco, a dosis utilizadas habitualmente en la especie humana, para prevenir, diagnosticar o tratar	Cualitativa	Nominal	<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Nauseas <input type="checkbox"/> Vómitos <input type="checkbox"/> Rash <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Dolor muscular <input type="checkbox"/> Dolor abdominal <input type="checkbox"/> Otro
Factor clínico: Esquema de TARV	Conjunto de medicamentos que se usan específicamente contra el VIH	Cualitativa.	Nominal	<input type="checkbox"/> No recuerdo <input type="checkbox"/> Tenofovir / Lamibudina / Dolutegravir <input type="checkbox"/> Tenofovir / Lamibudina / Efavirenz <input type="checkbox"/> Tenofovir / Emtricitabina / Efavirenz <input type="checkbox"/> Otro
Factor clínico: Número de pastillas	Cantidad de pastillas que consume en una dosis	Cualitativa	Ordinal	<input type="checkbox"/> menos de 5 <input type="checkbox"/> Menos de 5

Variable dependiente: Adherencia al TARV	La adherencia al tratamiento significa el cumplimiento de este, lo cual hace referencia a tomar la medicación en el horario y dosis establecida según la prescripción médica	Cualitativa	Nominal	Cuestionario de adherencia <input type="checkbox"/> Adherente <input type="checkbox"/> No Adherente
Variable dependiente: porcentaje de adherencia	Es el porcentaje en el cual se presenta la adherencia en un paciente	Cualitativa	Ordinal	Cuestionario de adherencia <input type="checkbox"/> mayor a 85 <input type="checkbox"/> 81-85 <input type="checkbox"/> 74-80 <input type="checkbox"/> menor de 73

ANEXO C: CONSENTIMIENTO INFORMADO

“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL (TARGA) EN PACIENTES CON VIH/SIDA EN EL HOSPITAL DOS DE MAYO DE ENERO A JULIO DEL 2024”

Propósito del Estudio: Lo estamos invitando a participar en este estudio con la finalidad de determinar factores de riesgo asociados a la no adherencia al tratamiento antirretroviral (TARGA) en pacientes con VIH/SIDA en el Hospital Dos de Mayo de enero a julio del 2024.

Procedimientos: Si acepta participar en este estudio se le aplicara 1 cuestionario, denominados: Cuestionario de Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral (CEAT - VIH), además se le preguntara sobre los factores de riesgo para esta condición.

Riesgos y Beneficios: No existirá riesgo alguno respecto a su participación en esta investigación. Asimismo, su participación no producirá beneficio alguno, ni remuneración y/o pago de ningún tipo.

Confidencialidad: No se divulgará su identidad en ninguna etapa de la investigación, pues toda la información que Ud. brinde será usada solo con fines estrictos de estudio. En caso este estudio fuese publicado se seguirá salvaguardando su confidencialidad, ya que no se le pedirá en ningún momento sus nombres ni apellidos.

Se pone en conocimiento que Ud. tuvo tiempo y oportunidad de hacer preguntas, las cuales fueron respondidas a satisfacción puede decidir retirarse de este estudio en cualquier momento de este, o no participar –si así lo desea– sin perjuicio alguno.

Acepto voluntariamente participar en este estudio luego de haber discutido los objetivos y procedimientos de la investigación con el investigador responsable.

Contactar al Bach. Luis Carrizo Porras con Teléfono: 937397293. Correo 2018003757@unfv.edu.pe en caso de requerir información adicional en relación con el estudio o con relación a sus derechos como participante

Presidente del Comité de Ética del HNDM: Dra. Alejandra Parhuana Bando Dirección:

Parque Historia de la Medicina Peruana S/N, altura de la cuadra 13 de Av. Grau,
Cercado – Lima; Teléfono: 3280028 anexo 8234; Correo electrónico:
comite.etica@hdosdemayo.gob.pe

Fecha: ____ / ____ / ____

Firma del Participante

O tutor

DNI:

Firma del Investigador

DNI:

ANEXO D. FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

INSTRUCCIONES: La encuesta será anónima y tendrá carácter confidencial, por lo cual solicitamos responder a todas las preguntas en forma veraz y sincera siendo su colaboración sumamente importante; marque en el recuadro con un aspa (x)

FACTORES SOCIDEMOGRAFICOS Y PERSONALES

<p>1) Edad Menor de 20 años () De 20 a 45 años () De 46 a 59 años () De 60 años a más ()</p>	<p>2) Sexo Masculino () Femenino ()</p>	<p>3) Orientación sexual Heterosexual () Homosexual () Bisexual () Otro ()</p>	<p>4) Número de parejas sexuales, en el último mes Ninguna () 1 () 2 – 4 () Más de 4 ()</p>
<p>5) Grado de Instrucción Sin educación () Primaria () Secundaria () Superior Técnico () Superior Universitario ()</p>	<p>6) Estado civil Soltero (a) () Casado (a) () Conviviente () Viudo (a) () Divorciado (a) ()</p>	<p>7) Persona con quien vive Solo () Pareja () Amigos () Familiares ()</p>	<p>8) Se encuentra con empleo Sí () No ()</p>
<p>9) Ingreso económico Menor de 1025 () De 1025 a 1500 () Mayor de 1500 ()</p>	<p>10) Consumo de sustancias en los últimos 6 meses Ninguna () Drogas () Alcohol ()</p>	<p>11) Su familia conoce sobre su estado Sí () No ()</p>	

ANEXO E: INSTRUMENTO



CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE LA ADHESIÓN AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL (CEAT – VIH) ADAPTADO AL PERÚ

I. PRESENTACIÓN

La presente investigación “Factores de riesgo asociados a la no adherencia al tratamiento antirretroviral (TARGA) en pacientes con VIH/Sida positivo en el Hospital Nacional Dos de Mayo de enero a julio del 2024” es conducida por Carrizo Porras, Luis Phol, Interno de Medicina de la Universidad Nacional Federico Villarreal, identificado con código 2018003757. El objetivo de este estudio es determinar los factores asociados a la no adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH positivo, atendidos en el Hospital Nacional Dos de Mayo del 1 de enero al 31 de julio del 2024.

Por lo cual, solicito a usted de su colaboración/participación al responder el presente cuestionario que le tomará aproximadamente 10 minutos de su tiempo.

La participación es totalmente voluntaria y la información que se recoja será confidencial y sólo se usará para fines de esta investigación.

De tener preguntas/dudas sobre su participación en este estudio, puede contactar a 2018003757@unfv.edu.pe o al teléfono 937397293.

II. INSTRUCCIONES GENERALES

Lea atentamente cada una de las preguntas y selecciones en cada ítem la respuesta que corresponda, marcando o llenando los espacios.

El presente cuestionario es de forma anónima y confidencial, por lo que se solicita que se responda a todas las preguntas veraz y sinceramente. De antemano se agradece su importante colaboración.

III. DATOS GENERALES

1) Edad

Menor de 20 años ()

De 20 a 45 años ()

De 46 a 59 años ()

De 60 años a más ()

2) Sexo

Masculino ()

Femenino ()

3) Orientación sexual

Heterosexual ()

Homosexual ()

Bisexual ()

Otro ()

4) Número de parejas sexuales, en el último mes

Ninguna ()

1 ()

2 – 4 ()

Más de 4 ()

5) Grado de Instrucción

Sin educación ()

Primaria ()

Secundaria ()

Superior Técnico ()

Superior Universitario ()

6) Estado civil

Soltero (a) ()

Casado (a) ()

Conviviente ()

Viudo (a) ()

Divorciado (a) ()

7) Persona con quien vive

Solo ()

Pareja ()

Amigos ()

Familiares ()

8) Se encuentra con empleo

Sí ()

No ()

9) Ingreso económico

Menor de 1025 ()

De 1025 a 1500 ()

Mayor de 1500 ()

10) Consumo de sustancias en los últimos 6 meses

Ninguna ()

Drogas ()

Alcohol ()

11) Su familia conoce sobre su estado

Sí ()

No ()

IV. FACTORES CLÍNICOS

1. Tiempo de enfermedad por VIH/sida

Menor a 1 año ()

De 1 a 5 años ()

Más de 5 años ()

2. Año de diagnóstico de VIH

3. Tiempo de tratamiento

Menor de 1 año ()

De 1 a 5 años ()

Más de 5 años ()

4. Ha presentado reacciones adversas por el tratamiento antirretroviral

Sí ()

No ()

5. Qué tipo de reacción adversa presentó

6. Cuántas pastillas toma diariamente

Menos de 5 pastillas ()

De 5 a más pastillas ()

7. Ha presentado enfermedades relacionadas al VIH

Sí ()

No ()

8. Qué tipo de enfermedad relacionada al VIH presentó

V. INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS

Durante la última semana:

	Siempre	Más de la mitad de las veces	Aproximadamente la mitad de las veces	Alguna vez	En ninguna ocasión
1. Ha dejado de tomar sus medicamentos en alguna ocasión					
2. Si en alguna ocasión se ha sentido mejor ¿Ha dejado de tomar sus medicamentos?					
3. Si en alguna ocasión después de tomar sus medicamentos se ha encontrado peor. ¿Ha dejado de tomar sus medicamentos?					
4. Si en alguna ocasión se ha encontrado triste o					

deprimido ¿Ha dejado de tomar los medicamentos?					
---	--	--	--	--	--

3. Recuerda ¿Qué medicamentos está tomando en este momento?

4. ¿Cómo calificaría la relación que tiene con su médico?

Mala ()

Algo mala ()

Regular ()

Mejorable ()

Buena ()

	Nada	Poco	Regular	Bastante	Mucho
5. ¿Cuánto esfuerzo le cuesta seguir el tratamiento?					
6. ¿Cómo evalúa la información que tiene sobre los antirretrovirales?					
7. ¿Cómo evalúa los beneficios que le pueden traer los antirretrovirales?					
8. ¿Considera que su salud ha mejorado desde que empezó a tomar los antirretrovirales?					
9. ¿Hasta qué punto se siente capaz de seguir con el tratamiento?					

	Nunca	Alguna vez	Aproximadamente	Bastantes veces	Siempre
12. ¿Suele tomar los medicamentos a la hora correcta?					
13. Cuando los resultados de sus análisis son buenos ¿Suele su médico utilizarlos para darle ánimos y seguir adelante?					

14. ¿Cómo se siente en general desde que ha empezado a tomar antirretrovirales?

Muy insatisfecho ()

Insatisfecho ()

Indiferente ()

Satisfecho ()

Muy satisfecho ()

15. ¿Cómo valoraría la intensidad de los efectos secundarios relacionada con la toma de antirretrovirales?

- Muy intensos ()
- Intensos ()
- Medianamente intensos ()
- Poco intensos ()
- Nada intensos ()

16. ¿Cuánto tiempo cree que pierde ocupándose de tomar sus medicamentos?

- Mucho tiempo ()
- Bastante tiempo ()
- Regular ()
- Poco tiempo ()
- Nada de tiempo ()

17. ¿Qué evaluación hace de sí mismo respecto de la toma de los antirretrovirales?

- Nada cumplidos ()
- Poco cumplidor ()
- Regular ()
- Bastante ()
- Muy cumplidor ()

18. ¿Qué dificultad percibe al tomar los medicamentos?

- Mucha dificultad ()
- Bastante dificultad ()
- Regular ()
- Poca dificultad ()
- Nada de dificultad ()

19. Desde que está en tratamiento ¿En alguna ocasión ha dejado de tomar sus medicamentos un día completo/más de uno?

- Sí ()
- No ()

Si su respuesta fue “SI” ¿Cuántos días aproximadamente?

20. ¿Utiliza alguna estrategia para acordarse de tomar sus medicamentos?

- Sí ()
- No ()

Si su respuesta fue “SI” ¿Cuál es su estrategia?

ANEXO F: CARTA DE AUTORIZACIÓN Y APROBACIÓN DE ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN DE PRE GRADO



« Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas Batallas de Junín y Ayacucho »

CARTA N° 521 -2024 DG-CARTA N°164-OACDI-HNDM 2024

Lima, 25 de noviembre 2024

Estudiante:
CARRIZO PORRAS LUIS PHOL
Universidad Nacional Federico Villarreal
Escuela Profesional de Medicina
Investigador Principal – HNDM
Presente. -

ASUNTO : AUTORIZACIÓN Y APROBACIÓN DE ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN DE PREGRADO

REF : Registro N°41464 Código N°10399

De mi mayor consideración:

Es grato dirigirme a usted para saludarle cordialmente y al mismo tiempo comunicarle de acuerdo al Informe N°1123-2024-OACDI-HNDM; emitida por el área de investigación de la Oficina de Apoyo a la Capacitación, Docencia e Investigación, existe viabilidad y se AUTORIZA la realización del estudio de investigación titulado:

“FACTORES ASOCIADOS A LA NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN PACIENTES CON VIH/SIDA EN UN HOSPITAL NACIONAL DE LIMA, PERÚ, ENERO - JULIO 2024”

El presente documento tiene aprobación del Comité de Ética e Investigación Biomédica de nuestra Institución; según la (Evaluación N°096-2024-CEIB-HNDM), el cual tiene vigencia hasta el 20 de noviembre 2025.

Si aplica, los trámites para su renovación deberán iniciarse por lo menos 30 días previos a su vencimiento.

Sin otro particular, me suscribo de Usted.

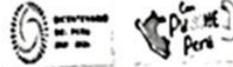
Atentamente,



VRGP/RMA Lva

comiteetica@hndm.gob.pe
#comiteetica@hndm.gob.pe
comiteetica@hndm.gob.pe
comiteetica@hndm.gob.pe
comiteetica@hndm.gob.pe

Parque "Historia de la Medicina Peruana"
sin al. cdra 13 Av. Grau-Cercado de Lima



ANEXO G: APROBACIÓN DEL COMITÉ DE ÉTICA DEL HNDM



AÑO DEL BICENTENARIO, DE LA CONSOLIDACIÓN DE NUESTRA INDEPENDENCIA Y DE LA CONMEMORACIÓN DE LAS HEROICAS BATALLAS DE JUNIN Y AYACUCHO"

EVALUACIÓN N° 096-2024-CEIB-HNDM

"FACTORES ASOCIADOS A LA NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN PACIENTES CON VIH/SIDA EN UN HOSPITAL NACIONAL DE LIMA, PERÚ, ENERO - JULIO 2024"

Investigador Principal: **CARRIZO PORRAS, LUIS PHOL**

El Comité de Ética en Investigación Biomédica concluye que:

1. El investigador se encuentra calificado para la conducción de la investigación.
2. El protocolo sigue lineamientos metodológicos y éticos.
3. El Consentimiento Informado brinda la información necesaria en forma adecuada.

Por tanto, el comité expide el presente documento de **APROBACIÓN Y OPINIÓN FAVORABLE** del presente estudio.

El presente documento tiene vigencia a partir del 21 de noviembre 2024 y expira el 20 de noviembre del 2025.

El Investigador remitirá al Comité de Ética en Investigación Biomédica un informe final al término del estudio.

Atentamente,

Lima, 21 de noviembre de 2024



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO
Dr. M^c. Alejandra Parhuano Barco
Doctora en Medicina
PRESIDENTE DEL COMITÉ DE ÉTICA
EN INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA
C.M.P. 013008 R.N.E. 9547

**COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA
HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO**

APB/EVI
comiteetia@hndm.gob.pe
hndm.gob.pe
hndm.gob.pe

Parque "Historia de la Medicina Peruana"
s/n al cdra. 13 Av. Grau- Cercado de Lima
Teléfono: 328-0028 Anexo 3209

