



FACULTAD DE MEDICINA “HIPÓLITO UNANUE”

FACTORES DE RIESGO PARA LA NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO
ANTIRRETROVIRAL EN PACIENTES ADULTOS CON VIH/SIDA. HOSPITAL
REGIONAL DE AYACUCHO, ENERO 2024

Línea de investigación:

Salud pública

Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano

Autor:

Lee Nino II Curahua Paullo

Asesor:

Alvízuri Escobedo, José María

ORCID: 0000-0002-4758-2787

Jurado:

Azañero Haro, Johan Alexander

Gallardo Vallejo, Dubert Odilón

Sullón Zavaleta, Pedro Alberto

Lima - Perú

2024

FACTORES DE RIESGO PARA LA NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN PACIENTES ADULTOS CON VIH/SIDA. HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO, ENERO 2024

INFORME DE ORIGINALIDAD

13%

INDICE DE SIMILITUD

12%

FUENTES DE INTERNET

3%

PUBLICACIONES

3%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.urp.edu.pe Fuente de Internet	1%
2	renati.sunedu.gob.pe Fuente de Internet	1%
3	Submitted to unapiquitos Trabajo del estudiante	1%
4	www.bvs.ins.gob.pe Fuente de Internet	1%
5	Submitted to Universidad Cesar Vallejo Trabajo del estudiante	1%
6	repositorio.umsa.bo Fuente de Internet	1%
7	Submitted to Universidad Andina del Cusco Trabajo del estudiante	<1%
8	Yordanis Enríquez Canto, Giovani Martín Díaz Gervasi, Luis Alberto Menacho Alvirio.	<1%



Universidad Nacional
Federico Villarreal

VRIN | VICERRECTORADO
DE INVESTIGACIÓN

FACULTAD DE MEDICINA “HIPÓLITO UNANUE”

**FACTORES DE RIESGO PARA LA NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO
ANTIRRETROVIRAL EN PACIENTES ADULTOS CON VIH/SIDA. HOSPITAL
REGIONAL DE AYACUCHO, ENERO 2024**

Línea de Investigación:
Salud Pública

Tesis para optar el Título Profesional de Médico cirujano

Autor:

Lee Nino II Curahua Paullo

Asesor:

Alvízuri Escobedo, José María
(ORCID: 0000-0002-4758-2787)

Jurado:

Azañero Haro, Johan Alexander
Gallardo Vallejo, Dubert Odilón
Sullón Zavaleta, Pedro Alberto

**Lima – Perú
2024**

Dedicatoria

A mis amados padres (Saturnino y Eudosia), hermanos y familiares (de manera especial Jessica, Esperanza, Aurelio y Máximo), que estuvieron apoyando siempre de manera incondicional pese a todas las adversidades. A Xiomi Isabel, por el amor brindado y mostrarme la esperanza de un futuro prometedor. A Perzhy y Anderson, hermanos que aún en el cielo siempre recordaré con devoción.

Agradecimiento

A la Universidad Nacional Federico Villarreal por todos los conocimientos brindados. Al servicio de Salud Pública del Hospital Regional de Ayacucho por la cálida acogida durante el desarrollo del presente trabajo. De manera especial a la familia Rondinelli Miraval por apoyar siempre en los momentos claves de mi proceso de formación académica.

ÍNDICE

RESUMEN	vii
ABSTRACT	viii
I. INTRODUCCIÓN	9
1.1 Descripción del problema.....	10
1.2 Formulación del problema	13
1.2.1 Problema general.....	13
1.2.2 Problema específico.....	13
1.3 Antecedentes	13
1.3.1 Internacionales	13
1.3.2 Nacionales.....	16
1.4 Objetivos	17
1.4.1 Objetivo general.....	17
1.4.2 Objetivos específicos.....	17
1.5 Hipótesis.....	17
II. MARCO TEÓRICO.....	18
III. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN	27
3.1 Tipo de investigación	27
3.2 Ámbito temporal y espacial.....	27
3.3 Variables.....	27
3.4 Población y muestra	27
3.5 Instrumentos.....	29
3.6 Procedimientos	30
3.7 Análisis de datos.....	30
3.8 Consideraciones éticas	31
IV. RESULTADOS.....	32
V. DISCUSIÓN	42
VI. CONCLUSIONES	47
VII. RECOMENDACIONES.....	48
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	49
IX. ANEXOS	55
6.1. ANEXO A: MATRIZ DE CONSISTENCIA	55
6.2. ANEXO B: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	56
6.3. ANEXO C: INSTRUMENTOS	58
6.4. ANEXO D: CONSENTIMIENTO INFORMADO	61
6.5. ANEXO E: ESTADÍSTICA COMPLEMENTARIA	62

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: <i>Características epidemiológicas en pacientes adultos con VIH/Sida que reciben TARV en el HRA, enero 2024.</i>	33
Tabla 2: <i>Características clínicas en pacientes adultos con VIH/Sida que reciben TARV en el HRA, enero 2024.</i>	34
Tabla 3: <i>Factores epidemiológicos de riesgo para la no AT-ARV en pacientes adultos con VIH/Sida del HRA, enero 2024.</i>	36
Tabla 4: <i>Factores epidemiológicos de riesgo para la no AT-ARV en pacientes adultos con VIH/Sida del HRA, enero 2024.</i>	38
Tabla 5: <i>Regresión de Poisson entre los factores de riesgo para la no AT-ARV en pacientes adultos con VIH/Sida del HRA, enero 2024.</i>	40

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: <i>Adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes adultos con VIH/Sida que reciben TARV en el HRA, enero 2024.</i>	35
Figura 2: <i>Factores epidemiológicos de riesgo para la no AT-ARV en pacientes adultos con VIH/Sida del HRA, enero 2024.</i>	37
Figura 3: <i>Factores clínicos de riesgo para la no AT-ARV en pacientes adultos con VIH/Sida del HRA, enero 2024.</i>	39

RESUMEN

Objetivo: Determinar los factores de riesgo para la no adherencia al tratamiento antirretroviral (AT-ARV) en pacientes adultos con VIH/Sida del Hospital Regional de Ayacucho (HRA), enero 2024. **Método:** La investigación fue observacional, analítica y transversal, cuya muestra la conformaron 163 pacientes con VIH/Sida seleccionados de manera probabilística aleatoria simple. La técnica e instrumento fue la encuesta y el cuestionario conformado por factores epidemiológicos-clínicos y la presencia de no AT-ARV, evaluada con la Escala de Morisky-Green validada para su uso. Se empleó la regresión de Poisson con varianza robusta para el análisis de los datos. **Resultados:** El análisis multivariante mostró que la edad mayor a 35 años ($p=0.000$; $RPa=1.264$), desempleo ($p=0.008$; $RPa=1.195$), consumo de alcohol ($p=0.002$; $RPa=1.270$), consumo de drogas ($p=0.042$; $RPa=1.182$), tiempo de la enfermedad por VIH/Sida menor a 5 años ($p=0.010$; $RPa=1.202$) y la presencia de reacción adversa ($p=0.002$; $RPa=1.219$) fueron los factores para la no AT-ARV. **Conclusión:** Existen factores de riesgo para la no AT-ARV en pacientes adultos con VIH/Sida. Dichos factores fueron edad >35 años, desempleo, consumo de alcohol, consumo de drogas, tiempo de la enfermedad por VIH/Sida menor a 5 años y la presencia de reacción adversa.

Palabras clave: Factores de riesgo, cumplimiento y adherencia al tratamiento antirretroviral, VIH (DeCS).

ABSTRACT

Objective: Determine the risk factors for non-adherence to antiretroviral treatment (AT-ARV) in adult patients with HIV/AIDS at the Ayacucho Regional Hospital (HRA), January 2024.

Method: The research was observational, analytical and cross-sectional, whose The sample was made up of 163 patients with HIV/AIDS selected in a simple random probabilistic manner. The technique and instrument was the survey and the questionnaire made up of epidemiological-clinical factors and the presence of non-AT-ARV, evaluated with the Morisky-Green Scale validated for use. Poisson regression with robust variance was used to analyze the data. **Results:**

The multivariate analysis showed that age over 35 years ($p=0.000$; $RP_a=1.264$), unemployment ($p=0.008$; $RP_a=1.195$), alcohol consumption ($p=0.002$; $RP_a=1.270$), drug consumption ($p=0.042$; $RP_a=1.182$), duration of HIV/AIDS disease less than 5 years ($p=0.010$; $RP_a=1.202$) and the presence of adverse reaction ($p=0.002$; $RP_a=1.219$) were the factors for the non-AT-ARV. **Conclusion:** There are risk factors for not taking AT-ARV in adult patients with HIV/AIDS. These factors were age >35 years, unemployment, alcohol consumption, drug consumption, duration of HIV/AIDS illness less than 5 years and the presence of adverse reaction.

Keywords: Risk factors, compliance and adherence to antiretroviral treatment, HIV (MeSH).

I. INTRODUCCIÓN

La infección por el “Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)” resulta ser uno de los problemas más complejos en salud pública ya que provoca una inmunodeficiencia grave, ocasionando en el paciente infecciones oportunistas que generan decesos. Con ello, la importancia de la terapia antirretroviral (TARV) es valorada como una de las estrategias esenciales para hacer frente a la patología, reduciendo la carga viral y mejorando el sistema inmunológico, para que logre una menor incidencia de la mortalidad. Sin embargo, se evidencia durante los últimos años que el aumento de casos reportados como incumplimiento o la no AT-ARV resultan ser la casual de fracaso terapéutico, ya sea que estén relacionados con el perfil del paciente, así como de ciertos factores que dificultan una correcta adherencia terapéutica (AT) de la infección.

Por ello, el presente estudio de investigación sustenta su relevancia en reconocer estos factores que contribuyen a la no AT-ARV del VIH, a fin de servir de utilidad para optimizar las acciones de promoción y prevención patológica, así como brindar educación integral de la infección enfatizando en los pacientes que incumplen con la terapéutica. Igualmente, la investigación benefició a la comunidad científica e institucional, ya que brindó un extenso panorama sobre los factores que intervienen en el fracaso terapéutico de la patología en la población de estudio, obteniendo así datos actualizados que se aproximen a nuestra realidad y que sirvan para mejorar los programas dirigidos a lograr una mayor eficacia del tratamiento antirretroviral.

Finalmente, esta pesquisa estuvo conformada por los siguientes apartados: Descripción del problema, Formulación del problema, Antecedentes, Objetivos, Hipótesis,

Marco Teórico, Metodología de la investigación, Aspectos Administrativos, Referencias y Anexos.

1.1 Descripción del problema

Mundialmente, se estima que el VIH ha sido responsable de acabar con 40,1 millones de vidas aproximadamente, razón por la cual esta patología continúa siendo descrita como una problemática de la salud pública (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2022). Las estimaciones en Estados Unidos, señalan datos de 1,2 millones de individuos que conviven con VIH; reportando además que, la proporción de personas que no tienen conocimiento de su estado serológico es 13,8% y entre las personas jóvenes de 13 a 24 años, el 45% aún no está diagnosticado (Centers for Disease Control and Prevention, 2021; Spach y Budak, 2021).

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en Latinoamérica, se revela que los casos nuevos de VIH han incrementado a un 21% en los últimos años, mientras que en el Caribe se encontró un descenso del 37%; no obstante, en ambas regiones se detectó reducción drástica de personas que se han realizado la prueba de descarte. En consecuencia, estas personas sin diagnóstico no pueden tener acceso al tratamiento antirretroviral, presentado alta probabilidad de mortalidad (OPS y OMS, 2020).

A nivel global, se reporta 25,4 millones de personas aproximadamente que reciben TARV. La TARV resulta ser la base del tratamiento dirigido a aquellos con VIH, siendo

una preocupación el tratamiento oportuno, cumplimiento del tratamiento y efectividad de este (Spach y Budak, 2021; Urizar et al., 2020). Si bien se ha demostrado que la TAR disminuye las tasas de morbilidad y mortalidad por VIH, también reduce la transmisión del virus en quienes aún no tienen la infección; sin embargo, estos resultados dependen de la máxima AT-ARV, y el cumplimiento de los programas de VIH que garanticen una correcta AT-ARV (Semvua et al., 2017).

Por consiguiente, la mala AT-ARV resulta ser un problema de gran prevalencia, manifestándose como causante de fracaso terapéutico en VIH, en donde su incumplimiento contribuye al fracaso de la terapia que a su vez genera la aparición de resistencias. Datos de la OMS, señalan que el incumplimiento de la terapia alcanza una proporción cerca al 50%; mientras que otros lo sitúan en un 25-50%, cifras que varía según diferentes características (Notario et al., 2022).

La baja AT del paciente también dependió de presencia de factores que se encuentren relacionados con la falta del cumplimiento del manejo (Orellana-Zanabria y Morales-Rezza, 2019). De acuerdo a los factores descritos por diferentes investigaciones interesadas en la problemática planteada, se reportan estudios que detallan que el 28,4% de pacientes sin AT-ARV, teniendo como factores influyentes para ello una menor edad, tabaquismo, uso de drogas ilícitas y tener alguna religión o practicar actividad física ($p < 0.05$) (Soares et al., 2019). Otros factores de riesgo también fueron el grado de educación (OR = 3,25), bajo nivel de apoyo social (OR = 2,56), baja autoeficacia hacia la AT-ARV

(OR = 2,99). Además, el ARN del VIH >50 copias/ml y el estigma relacionado con el VIH internalizado se asociaron marginalmente ($p < 0,10$) con no AT (Been et al., 2016).

En Colombia, se confirma que la baja AT-ARV se asocia a peores desenlaces en la salud y se recalca como factores para la no AT, ser soltero (OR 4.57), la psicopatología y la pobre red de apoyo (OR 1.33) con los que cuentan los afectados por la enfermedad (Vergara et al., 2018). En Cuba, los principales factores para no AT fueron la baja escolaridad, inestabilidad de vínculo de pareja, disfunción familiar, tratamiento > 5 años y reacciones adversas ($p < 0,05$) (Pérez y Viana, 2020). Mientras que, en Chile, según el último proceso de estimaciones desarrollado por ONU/SIDA y el Ministerio de Salud, existe un total de 84.000 personas conviviendo con la infección; donde el 89% conoce su diagnóstico, pero el 97% presentaba una carga viral indetectable (Ministerio de Salud de Chile, 2022).

En el Perú, se reportan alrededor de un 58% de casos que presentan la infección por VIH (Ministerio de Salud, 2021). Mientras que, entre los estudios reportados señala que el 17,10% no tuvieron AT asociado a factores de riesgo como el sexo (OR = 16,175; $p = 0,023$) y comorbilidades asociadas a VIH/SIDA (OR = 9,556; $p = 0,003$) (Barrera-Espinoza et al., 2021). También se muestra a la depresión (ORa 2.15, $p = 0.008$), el esquema alternativo TAR (ORa 2.40, $p = 0.008$), los efectos secundarios (ORa 4.24, $p = 0.002$) y la pandemia por COVID-19 (ORa 5.67, $p < 0.05$) afectaron la AT-ARV (Vargas, 2022).

En el HRA, enero 2024, según los datos brindados se reporta que existe una población de 283 casos VIH/Sida con TARV, y en relación a lo descrito previamente se consideraron de gran relevancia para la ejecución del presente estudio. Debido al incremento de casos, es necesario realizar esta investigación, cuyo objetivo fue identificar los factores para no AT-ARV en pacientes adultos con VIH/SIDA. HRA, enero 2024.

1.2 Formulación del problema

1.2.1 Problema general

¿Cuáles son los factores de riesgo para la no AT-ARV en pacientes adultos con VIH/Sida del HRA, enero 2024?

1.2.2 Problema específico

¿Cuáles son los factores epidemiológicos de riesgo para la no AT-ARV en pacientes adultos con VIH/Sida del HRA, enero 2024?

¿Cuáles son los factores clínicos de riesgo para la no AT-ARV en pacientes adultos con VIH/Sida del HRA, enero 2024?

1.3 Antecedentes

1.3.1 Internacionales

Sánchez et al. (2021), en España determinaron el grado de AT en féminas con VIH/Sida, con TARV e identificar los factores que suponen su AT. Método explicativo analizando 86 portadoras de VIH/SIDA. El 59,3% de las participantes no presentan AT-ARV. Encontraron también que los factores fueron el grado académico, edad, ingresos, así

como el apoyo sociofamiliar, estigma percibido y auto estigma. De ese modo lograron concluir que los factores son de diversa índole, por lo que la intervención de profesionales sanitarios cobra relevante valor.

Arrieta et al. (2021), en Colombia identificó los factores para la no AT-ARV en pacientes con VIH/SIDA. Método transversal y retrospectivo evaluando 9 835 participantes. El 10% tenía no AT-ARV. Mientras que el 74,4% eran varones, el 71,1% tenían entre 18 a 44 años, el 78% eran solteros, el 97,6% vivían en zona urbana. Encontraron mayor riesgo de no AT en menores de 44 años, en quienes presentaron reacción adversa. Concluyó que el uso de drogas y reacciones adversas se asociación a la no AT-ARV.

Pérez y Viana (2020), en Cuba identificaron los factores para la no AT-ARV en casos VIH/SIDA de Centro Habana. Metodología analítica de corte trasversal analizando 153 participantes. La baja escolaridad ($OR > 1$), pareja inestable ($OR > 1$), la disfunción familiar, tratamiento > 5 años y reacciones adversas se asociaron con la no AT-ARV. Concluyeron así que los principales factores fueron el grado de instrucción, duración del tratamiento, reacciones medicamentosas, relaciones personales y familiares, por lo que la identificación de estas variables es relevante para aportar evidencia que facilite un control adecuado en el curso del tratamiento.

Urizar et al. (2020), en Paraguay identificaron los factores para la falta de AT-ARV en casos VIH. Método analítico y transversal analizando 42 participantes. El 86% fueron

no adherentes. Los factores fueron: efectos adversos ($p=0,044$) y olvido de la toma en fin de semana ($p=0,003$). Concluyeron que la incidencia de la no AT-ARV fue elevada y los factores fueron presencia de efectos adversos y olvido de tomas.

Albuquerque et al. (2020), en Brasil identificaron los factores para la no AT-ARV en casos VIH/SIDA. Método transversal analizando a 253 casos. La prevalencia de incumplimiento de TARV fue 28,4%. Los factores fueron: edad < 35 años, tabaquismo, sedentarismo, falta de medicación. Lograron concluir que la alta proporción de la no AT y el desconocimiento de factores son un riesgo para la salud de los infectados.

Encalada y Fernández (2018), en Ecuador determinaron los factores para la no AT-ARV en casos VIH. Metodología descriptiva y transversal analizando 30 pacientes. El 80% eran varones, el 73% tenían un nivel educativo secundario, el 70% un nivel económico medio, el 57% eran empleados informales. Identificaron también que el 30% presentaba baja AT. Concluyeron que son diversos los factores para la no AT-ARV por lo que resulta urgente la intervención de los equipos de salud multidisciplinarios.

Sangeda et al. (2018), en Tanzania determinaron los factores para la no AT-ARV medidos por tres métodos. Metodología prospectiva analizando 220 participantes. La proporción de AT global fue de 86,4% por la Escala Analógica Visual (EVA); además hallaron que el olvido fue la principal razón informada por los pacientes para omitir sus medicamentos. Contrariamente, la edad avanzada, el menor consumo de alcohol, la estadificación clínica de la OMS más avanzada y un índice de masa corporal más bajo

constituyen factores relacionados con una mejor AT. Concluyeron así que existían niveles óptimos de AT-ARV.

Salgado et al. (2018), en México determinaron la calidad de vida y los factores para la no AT-ARV en pacientes VIH. Método transversal y analítico, evaluando 167 pacientes en tratamiento. El 49% de pacientes no tuvieron AT-ARV, además, los factores fueron el nivel de escolaridad y la edad, siendo esta última la más significativa. Concluyeron que la calidad de vida de los encuestados se encuentra en un nivel óptimo; sin embargo, se deben tomar medidas para intervenir en las tasas de no AT.

1.3.2 Nacionales

Barrera-Espinoza et al. (2021), en Lima asociaron los factores con la no AT-ARV en casos VIH/SIDA. Método transversal que incluyó 117 participantes. El 17,10% de la no presentó AT-ARV. Mientras que los factores fueron el sexo ($p=0,023$) y las comorbilidades relacionadas al VIH/SIDA ($p=0,003$). Concluyeron así que existieron factores para la no AT-ARV.

Vega (2020), en Huánuco determinaron los factores para la no AT-ARV en casos VIH positivo. Metodología transversal y retrospectivo analizando 34 participantes. El 26,5% tenían entre 46-55 años de edad, eran varones 70,6%. Por otro lado, identificó que los factores fueron el tiempo de administración de tratamiento, de 1-3 comprimidos/día y la presencia de reacciones adversas. Así como también la distancia al establecimiento de salud, el horario de atención, la información brindada por los profesionales y el trato de los

profesionales; el 91,2% son no adherentes. Concluyó que el sexo y la condición laboral mantuvieron una asociación estadísticamente significativa con el riesgo de no AT.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo general

Determinar los factores de riesgo para la no AT-ARV en pacientes adultos con VIH/Sida del HRA, enero 2024.

1.4.2 Objetivos específicos

Precisar los factores epidemiológicos de riesgo para la no AT-ARV en pacientes adultos con VIH/Sida del HRA, enero 2024.

Establecer los factores clínicos de riesgo para la no AT-ARV en pacientes adultos con VIH/Sida del HRA, enero 2024.

1.5 Hipótesis

H1: Existen factores de riesgo para la no AT-ARV en pacientes adultos con VIH/Sida del HRA, enero 2024.

H0: No existen factores de riesgo para la no AT-ARV en pacientes adultos con VIH/Sida del HRA, enero 2024.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)

El VIH es el agente etiológico del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), pertenece a la familia Retroviridae y al género Lentivirus, compuesta por ARN monocatenario positivo con diámetro de aproximadamente 100-110 nanómetros (nm), además contiene enzima transcriptasa inversa o retrotranscriptasa encargada de integrar la información genética en el ADN (Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo de España, 2022).

Existen dos tipos de VIH, el VIH-1 y VIH-2. El VIH-1 tiene mayor potencial patogénico y es de mayor diseminación. El VIH-2 es otro de los tipos de la infección, que tiende a desarrollarse más lentamente y resulta menos fácil de transmitir que el VIH-1 (Instituto de Salud Pública del Ministerio de Salud de Chile , 2023).

El VIH arremete contra el sistema inmunitario y aminora la función de las defensas antes infecciones. El VIH se encarga de destruir las células inmunitarias, impidiendo el funcionamiento de la inmunidad (Organización Mundial de la Salud, 2022).

El VIH infecta principalmente a las células T CD4 positivas y los macrófagos, ambas piezas fundamentales del sistema inmunitario celular. Es importante resaltar que las personas con inmunodeficiencia son susceptibles a diversas infecciones y patologías oportunistas (ONUSIDA, 2019).

2.1.1 Fisiopatología

La fisiopatología de la infección resulta ser de alta complejidad, desarrollándose inicialmente por la inmunosupresión (García, 2016), siendo su principal objetivo la destrucción de las células TCD, se presentan infecciones oportunistas que generan mortalidad (National Institutes of Health, 2021). De este modo, el VIH perjudica de manera especial al sistema inmune, de forma muy activa, situación que produce afectación de inmunidad celular. No solo existe la afectación directa a las células TCD4, sino que también existen mecanismos indirectos que colaboran en su destrucción, tales como la destrucción por mecanismo celular y humoral citotóxico. A partir de ello el daño en el sistema inmunológico lo debilita y abre la puerta al desarrollo de tumores (Navarro, 2018).

2.1.2 Epidemiología

Hacia el año 2015 se creía que mundialmente habitaban cerca de 36.7 millones de casos VIH, de las que cerca de la mitad desconocía su diagnóstico, y en consecuencia carecían de tratamiento (Carvajal et al., 2019). Se estima que a finales de 2021 en el mundo existían 38,4 millones de casos VIH (33,9–43,8 millones), de los cuales más de dos tercios (25,6 millones) residían en la Región de África; nada más en ese año se reportaron 650 000 decesos (510 000–860 000 personas) relacionados con VIH. Por ello, se plantea que para cumplir con el nuevo objetivo mundial «95/95/95» propuesto por ONU/SIDA, se tuvieron que elaborar estrategias lo suficientemente eficaces, la preocupación más grande es el cumplimiento de la hipótesis que estima 7,7 millones de decesos relacionadas con VIH en la próxima década (Organización Mundial de la Salud, 2022).

En el Perú, la estimación de razón anual hombres/mujeres con VIH para el año 2020 fue de 3.1, lo que se traduce en que habitaban 3 hombres por cada mujer con VIH, relación menor que en el 2019 que fue de 4 a 1 (Ministerio de Salud, 2021).

2.1.3 Cuadro clínico

La presentación clínica del VIH es diferente según la etapa de contagio en la que se encuentre el sujeto. A pesar de que el pico máximo de infectividad es en los primeros meses, la ausencia de síntomas establece un periodo de desconocimiento de la infección hasta la evolución de etapas más avanzadas. En ocasiones, las primeras semanas siguientes al contagio, la persona es asintomática, pero puede haber un cuadro seudogripal. Conforme la infección sigue su curso, el sistema inmunitario se muestra más afectado, en tal caso la persona puede manifestar otra sintomatología relacionada con inflamación de ganglios linfáticos, reducción de peso, alza térmica, otros. Si no se recibe tratamiento médico oportuno pueden surgir enfermedades que complicaron más aun el cuadro del sujeto (Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud, 2019).

2.1.4 Transmisión

Mediante intercambio de fluidos corporales con el infectado, su transmisión también puede ser vertical (embarazo – madre a feto) o en la ocurrencia del parto. Quienes mantienen una adecuada AT-ARV logran suprimir la carga vírica haciendo menos probable la transmisión a sus parejas sexuales; por ello, el acceso temprano al TARV y el

apoyo para continuar el tratamiento son relevantes para la salud de los casos, y prevención de transmisión (Organización Mundial de la Salud, 2022).

2.1.5 Diagnóstico

La detección del VIH puede darse a través de pruebas rápidas diagnósticas, además, el avance de la ciencia ha permitido desarrollar pruebas para autoadministrar. Sin embargo, ninguna prueba por sí sola permite diagnosticar el VIH de forma concluyente, motivo por el cual resulta necesario que un profesional debidamente calificado realice prueba confirmatoria. Las pruebas diagnósticas detectan anticuerpos que surgen como respuesta a la infección tras 28 días. No obstante, durante el periodo en que se espera la respuesta de los anticuerpos, la persona puede contagiar, aunque asintomático. En aquellos con resultado positivo en una primera prueba, se realiza una nueva antes de tratamiento, a fin de descartar resultados imprecisos. Por otro lado, existen pruebas simples para adolescentes y adultos, pero no para recién nacidos de madres VIH-positivas (Organización Mundial de la Salud, 2022).

2.2 Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)

El SIDA es la manifestación clínica más grave de las enfermedades iniciadas a partir del VIH. Es el surgimiento de infecciones y neoplasias oportunistas de gravedad, así como también de otras manifestaciones que arriesgan la vida de pacientes (Bennett et al., 2020).

2.2.1 Tratamiento antirretroviral (TARV)

Es el uso de fármacos para contrarrestar el VIH; las personas reciben una combinación de medicamentos todos los días. Estos medicamentos se encargan de proteger el sistema inmunitario. Los medicamentos para esta infección han sido agrupados en distintos conjuntos según cómo combaten al virus, además, además mantiene un nivel de eficacia elevado procurando que el VIH no se multiplique. Así pues, una reducción en la carga viral, protege el sistema inmunitario y previene su desarrollo hacia la fase SIDA. El TARV no cura la infección, empero ayuda a los afectados tengan una vida más larga y sana (HIV.info, 2021).

Uno de los principales criterios para la iniciación de TARV es mantener un recuento linfocitario T CD4 < 200 células/mm³. El inicio tardío de TARV mantiene asociación con toxicidad medicamentosa y con síndrome de reconstitución inmune, a pesar de ello, el inicio del tratamiento se inicia con recuentos más altos de T CD4 (350 y 500 células/mm³), reduciendo el riesgo de progresión. Este enfoque de inicio inmediato del es propuesto en la última norma técnica peruana del 2018 (Enríquez et al., 2020).

2.2.2 No adherencia al tratamiento antirretroviral

El TARV fue implantado con la función principal de suprimir profunda y permanentemente la replicación viral hasta lograr niveles indetectables, para ello es necesario mantener la AT-ARV, evitando la resistencia o avance de la infección. En ese sentido, la mala AT es un problema, conocido como causa de fracaso terapéutico en estos casos. El incumplimiento de los lineamientos genera el fracaso del tratamiento con

aparición de resistencias. La falta de AT tiene consecuencias económicas por el incremento de la morbimortalidad de pacientes VIH no adherentes (Notario et al., 2022).

La AT a corto y largo plazo es resultante del desarrollo de las siguientes etapas: la aceptación del diagnóstico, el conocimiento de la necesidad de iniciar el tratamiento de forma correcta, la motivación, disposición y entrenamiento de habilidades para hacerlo, capacidad de superar dificultades, y mantenimiento de logros alcanzados. Algunas literaturas han calificado la falta de AT como el "talón de Aquiles" de la TARV (Betancourt, 2019).

2.2.3 Escala de Morisky-Green

Cuestionario conocido y empleado en las diversas investigaciones, su primera versión tenía cuatro ítems con respuesta dicotómica. Algunos estudiosos denominan este test también como Medication Adherence Questionnaire (MAQ) o 4-item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-4). Su validación ha surgido a través del estudio de la AT en gran variedad de patologías y poblaciones. Además, existe una versión española, validada por Val Jiménez et al. en pacientes hipertensos. Este test presenta ventajas sobre otros cuestionarios, pues posee un uso generalizado. Este cuestionario consiste en realizar al paciente 4 preguntas sobre sus actitudes ante la medicación de forma entremezclada durante la evaluación; se considera AT si el sujeto responde No/Sí/No/No; de presentarse alguna alteración en estas respuestas, se considera mala AT (Pagès-Puigdemont y Valverde-Merino, 2018).

2.3 Factores asociados a la no adherencia

2.3.1 Factores epidemiológicos

Edad: Se señala a la edad como un factor significativo para la no AT-ARV, ya que a más edad la no adherente reduce, mientras que en personas de menor edad existe mayor probabilidad de no AT (Sánchez et al., 2021), situación relacionada con el ámbito en el que se encuentra el paciente, considerando que los jóvenes son menos estrictos con el cumplimiento del tratamiento (Arrieta et al., 2021).

Sexo Masculino: el cual esta relacionado frecuentemente con la no AT relacionados, situación que se justifica en que probablemente las féminas presenten una mejor AT, pues presentarían niveles mayores de responsabilidad (Barrera-Espinoza et al., 2021).

Bajo nivel educativo: Un mejor nivel educativo permite que el individuo tenga mayor accesibilidad a información que pudieron desencadenarse a partir de la no AT-ARV. En la educación para la salud, este constituye un factor importante puesto que, al momento de educar a las personas respecto a las enfermedades crónicas y los tratamientos correspondiente a ellas, se debe tener un tino especial (Pérez y Viana, 2020).

Desempleo: Su ausencia compromete a la AT-ARV, motivo por el cual, la atención debe basarse no solo en la comprensión individual de lo que esta enfermedad significa, sino también en su entorno social (Sánchez et al., 2021).

Estado civil (soltero o viuda): Los pacientes infectados con VIH que mantiene relaciones con parejas que les brindan apoyo tienden a adherirse a la TARV mucho mejor, ello se justifica en que el apoyo familiar, es un soporte de problemas psicosociales que influye positivamente en la AT (Pérez y Viana, 2020).

Fumadores jóvenes: Los individuos más jóvenes, fumadores, sedentarios, infectados por VIH han presentado mayor asociación con la falta de AT, ante ello existe el consenso literario de que, en casos de enfermedades crónicas, la AT incrementa con la edad (Albuquerque et al., 2020).

Orientación sexual: Los pacientes con orientación sexual diferente a la heterosexual presentan un importante porcentaje de cifras que señalan la no AT-ARV (Vega, 2020).

Familia desconoce estado serológico: La no AT y el desconocimiento de los compañeros y familiares del estado serológico del paciente VIH positivo, puede estar relacionada con el aislamiento social, característica común entre este grupo poblacional, justificado en el miedo al estigma social. El estigma autoimpuesto puede dar lugar a la exclusión de la vida social y de las relaciones sexuales estables, así como también frena el apoyo social (Albuquerque et al., 2020).

2.3.2 Factores clínicos

Tiempo de enfermedad: El tiempo transcurrido desde el diagnóstico hasta el inicio y la continuidad de la administración de tratamiento antirretroviral, acompañado con

reacciones adversas, son causantes de no AT-ARV. La pobre AT se presenta con mayor frecuencia en aquellos con más años bajo tratamiento (Pérez y Viana, 2020).

Reacción adversa al tratamiento: La combinación de diversas clases de TARV fomentan la aparición de estos efectos, dentro de los que se encuentran la manifestación de mareo, rash cutáneo y somnolencia. Ante esta situación, el médico debe implementar estrategias para lograr una mejor aceptación del TAR en el paciente (Urizar et al., 2020).

Número de pastillas adquiridas: La ingesta de la medicación TAR se encuentra asociada al consumo de una considerable cantidad de fármacos para contrarrestar los efectos de la propagación del virus, en ese sentido, la absorción de determinados fármacos como la didanosina, ritonavir, saquinavir, nelfinavir e indinavir, está condicionado al consumo de alimentos, por lo que si el número de pastillas es mayor, el paciente presenta mayor rechazo a estas (Betancourt, 2019).

Comorbilidades relacionadas al VIH: Las dislipidemias y las infecciones de transmisión sexual; requieren de un tratamiento para su control, consumiendo más medicamentos, lo que desencadena confusión en el paciente y una alteración en el orden del consumo de ambas terapias (Barrera-Espinoza et al., 2021).

III. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

3.1 Tipo de investigación

“Observacional, analítica y transversal”

3.2 Ámbito temporal y espacial

Delimitación temporal: enero 2024.

Delimitación espacial: HRA.

3.3 Variables

Variable dependiente: No adherencia al tratamiento antirretroviral

Variable independiente: Factores epidemiológicos

Factores clínicos

3.4 Población y muestra

Población

Aproximadamente fueron 283 pacientes con VIH/Sida que reciben TARV y atendidos en el HRA, enero 2024.

Criterios de inclusión

Grupo de estudio:

Pacientes > 18 años de ambos sexos.

Pacientes con VIH/Sida que *no son adherentes al TARV*.

Pacientes que acepten participar del estudio.

Grupo comparativo:

Pacientes > 18 años de ambos sexos.

Pacientes con VIH/Sida que *si son adherentes al al TARV*.

Pacientes que acepten participar del estudio.

Criterios de exclusión

Pacientes con alteraciones del sensorio, discapacidad cognitiva y física que impidieran seguir un tratamiento.

Pacientes que reciban su tratamiento en otras instituciones sanitarias.

Pacientes gestantes

Pacientes que no acepten participar del estudio.

Muestra

Fórmula de Población finita:

$$n = \frac{N * Z_{1-\alpha/2}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{1-\alpha/2}^2 * p * q}$$

Parámetros:

N = 283 : Pacientes con VIH/Sida que reciben TARV y atendidos en el HRA, enero 2024.

$Z_{1-\alpha/2} = 1.96$:

- $p = 0.50$: Proporción de pacientes que no son AT-ARV.
 $q = 1 - p = 0.50$: Proporción de pacientes que si son AT-ARV.
 $d = 0.05$:
 $n = 163$: Muestra.

Muestra, 163 pacientes con VIH/Sida que reciben TARV y atendidos en el HRA, enero 2024.

Tipo y técnica de muestreo:

Probabilístico y aleatorio simple.

3.5 Instrumentos

Técnica, la encuesta, instrumento el cuestionario:

- I. Factores epidemiológicos
- II. Factores clínicos
- III. No adherencia al tratamiento antirretroviral: la cual fue evaluada mediante una encuesta utilizando la Escala de Morisky-Green. Cabe mencionar que esta escala fue validada, es empleada en diversos estudios y cuenta con amplio respaldo bibliográfico; asimismo, cuenta con 8 ítems con opción de respuesta Si = 0 y No = 1. El puntaje final se obtiene tras la sumatorio; se consideró no adherente los puntajes menores a 8, tal como Valencia et al. (2017).

El cuestionario tiene una sensibilidad 0,81, especificidad 0,44 y fiabilidad (Cronbach) de 0,61 (Burbano et al., 2019). En el estudio de Valencia et al (2017), el alfa de Cronbach fue 0,646. Su

aplicación y uso en la diversidad de investigaciones es por ser sencillo y breve de aplicar, además de su validez predictivo a largo plazo y la facilidad para identificar problemas al momento de brindar las respuestas (Davila et al., 2014).

3.6 Procedimientos

Se solicitó autorización al área de Docencia e Investigación del HRA, previa aprobación por parte de UNFV. Se coordinó con los encargados del programa de TARGA del hospital en estudio, para acceder a la población. Se conversó con cada paciente y se les solicitó firmen un consentimiento informado. A quienes acepten se les proporcionó una copia del instrumento que contuvo las variables en estudio.

3.7 Análisis de datos

Uso del programa SPSS versión 25.

Análisis descriptivo

Cada variable de interés para la investigación fue descrita mediante frecuencias absolutas y relativas (%).

Análisis bivariado

Prueba Chi cuadrado, además se identificó el RP (Razón de Prevalencia), con significancia del 5%.

Análisis multivariado

Se utilizó un modelo de regresión de Poisson considerándose el análisis de varianzas robustas, coeficientes significativos, además de calcular la Razón de Prevalencia ajustada (RPa) con intervalos de confianza del 95% ($p < 0.05$ fue significativo).

Uso de tablas y gráficos.

3.8 Consideraciones éticas

La presente contó con la aprobación del “Comité de Ética e Investigación del HRA”. Se respetó la confidencialidad de los datos, ya que, personal ajeno a la misma no tuvieron acceso a la información, además se evitó recabar información personal, se solicitó de manera voluntaria brindar el número de DNI o una parte de este con los cuidados respectivos de la información para el propósito de corroborar la autenticidad.

IV. RESULTADOS

Luego de recolectar la información de los 163 pacientes con VIH/Sida que reciben TARV y fueron atendidos en el HRA, enero 2024, se procedió con la aplicación del análisis estadístico mediante diversas técnicas que evidenciaron y determinaron el resultado óptimo para la investigación.

Tabla 1:

Características epidemiológicas en pacientes adultos con VIH/Sida que reciben TARV en el HRA, enero 2024.

Características epidemiológicas	n	%
Edad>35 años		
Si	60	36.8
No	103	63.2
Sexo masculino		
Si	115	70.6
No	48	29.4
Bajo nivel educativo		
Si	6	3.7
No	157	96.3
Desempleado		
Si	66	41.0
No	95	59.0
Estado civil soltero-viuda		
Si	117	71.8
No	46	28.2
Consumo de alcohol		
Si	15	9.3
No	147	90.7
Consumo de drogas		
Si	22	13.6
No	140	86.4
Orientación sexual		
No Heterosexual	51	31.7
Heterosexual	110	68.3
Familia conoce sobre su estado serológico		
Si	99	60.7
No	64	39.3
Vivir solo		
Si	60	36.8
No	103	63.2
Total	163	100

Fuente: Elaborado por el autor

En la tabla 1 se muestra que gran parte de los pacientes con VIH/Sida fueron del sexo masculino (70.6%), estuvieron solteros o viudos (71.8%), su familia conoce sobre su estado serológico (60.7%) y fueron desempleados (41%), mientras que, un poco más de la tercera parte tuvieron más de 35 años y viven solos (36.8% para cada caso), además de ser no heterosexuales (31.7%). En una frecuencia inferior se observó pacientes con bajo nivel educativo (3.7%), consumidores de alcohol (9.3%) y consumidores de drogas (13.6%).

Tabla 2:

Características clínicas en pacientes adultos con VIH/Sida que reciben TARV en el HRA, enero 2024.

Características clínicas	n	%
Tiempo de enfermedad por VIH/Sida < 5 años		
Si	90	55.2
No	73	44.8
Presencia de reacción adversa		
Si	73	44.8
No	90	55.2
Número de pastillas ≥ 5		
Si	7	4.3
No	156	95.7
Comorbilidades relacionadas al VIH		
Si	50	30.7
No	113	69.3
Total	163	100

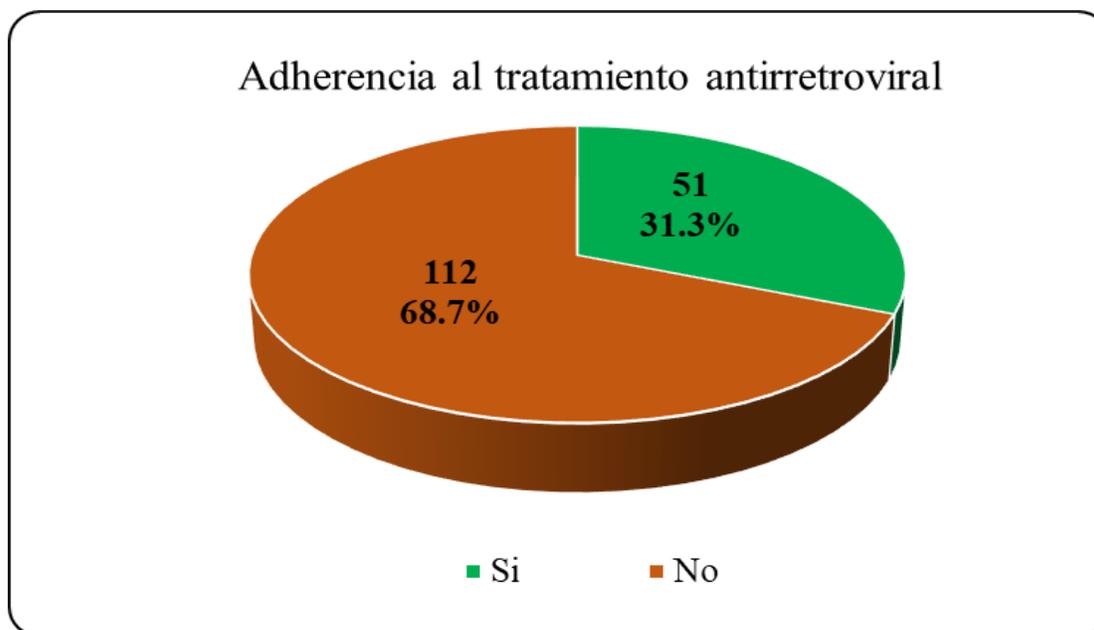
Fuente: Elaborado por el autor

En la tabla 2 se muestra que el 55.2% de los pacientes con VIH/Sida tuvieron la enfermedad menos de 5 años, el 44.8% manifestaron reacciones adversas en su mayoría debido al dolor de

cabeza (19.2%) (Ver Anexo 5) y el 30.7% tuvieron comorbilidades relacionadas al VIH, mientras que solo el 4.3% consumen 5 pastillas o más a causa de la enfermedad.

Figura 1:

Adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes adultos con VIH/Sida que reciben TARV en el HRA, enero 2024.



La figura 1 muestra que el 68.7% (n=112) de los pacientes con VIH/Sida que reciben TARV no fueron adherentes al tratamiento antirretroviral y el 31.3% (n=51) si mostraron AT-ARV.

Tabla 3:

Factores epidemiológicos de riesgo para la no AT-ARV en pacientes adultos con VIH/Sida del HRA, enero 2024.

Factores epidemiológicos	AT-ARV				p*	RP	IC (95%)
	No		Si				
	n	%	n	%			
Edad>35 años							
Si	47	42.0	13	25.5	0.043	1.241	1.018 - 1.514
No	65	58.0	38	74.5			
Sexo masculino							
Si	75	67.0	40	78.4	0.136	0.846	0.690 - 1.038
No	37	33.0	11	21.6			
Bajo nivel educativo							
Si	3	2.7	3	5.9	0.314	0.72	0.321 - 1.614
No	109	97.3	48	94.1			
Desempleado							
Si	53	47.3	13	26.5	0.014	1.293	1.061 - 1.575
No	59	52.7	36	73.5			
Estado civil soltero-viuda							
Si	82	73.2	35	68.6	0.546	1.075	0.844 - 1.369
No	30	26.8	16	31.4			
Consumo de alcohol							
Si	14	12.6	1	2.0	0.022	1.414	1.184 - 1.690
No	97	87.4	50	98.0			
Consumo de drogas							
Si	21	18.9	1	2.0	0.003	1.485	1.274 - 1.731
No	90	81.1	50	98.0			
Orientación sexual							
No Heterosexual	40	36.4	11	21.6	0.043	1.232	1.007 - 1.508
Heterosexual	70	63.6	40	78.4			
Familia conoce sobre su estado serológico							
Si	64	57.1	35	68.6	1.164	0.862	0.704 - 1.056
No	48	42.9	16	31.4			
Vivir solo							
Si	39	34.8	21	41.2	0.435	0.917	0.734 - 1.146
No	73	65.2	30	58.8			
Total	112	100	51	100			

* Prueba Chi cuadrado (p-valor<0.05 significativo). RP: Razón de Prevalencia. IC95%: Intervalo de confianza del 95%

Fuente: Elaborado por el autor

En la tabla 3 se muestra que la edad mayor a 35 años ($p=0.043$; $RP=1.241$), el desempleo ($p=0.014$; $RP=1.293$), el consumo de alcohol ($p=0.022$; $RP=1.414$), el consumo de drogas ($p=0.003$; $RP=1.485$) y la orientación sexual no heterosexual ($p=0.043$; $RP=1.232$) fueron factores asociados que incrementan significativamente la prevalencia para la no adherencia al no tratamiento antirretroviral. Observándose una mayor frecuencia de pacientes con VIH/Sida sin AT-ARV mayores a 35 años (42% vs 25.5%), desempleados (47.3% vs 26.5%), consumidores de alcohol (12.6% vs 2%), consumidores de drogas (18.9% vs 2%) y no heterosexuales (36.4% vs 21.6%) frente a los pacientes AT-ARV con las mismas características. (Ver Figura 2)

Figura 2:

Factores epidemiológicos de riesgo para la no AT-ARV en pacientes adultos con VIH/Sida del HRA, enero 2024.

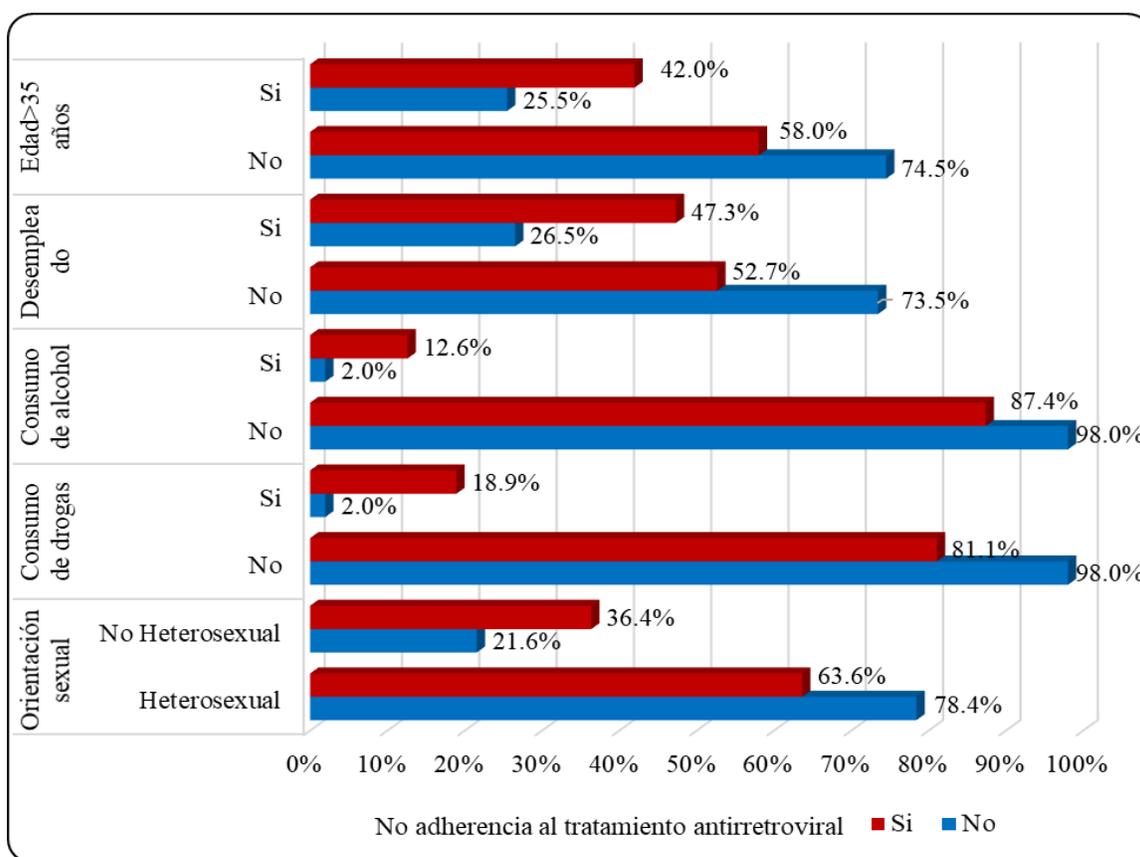


Tabla 4:

Factores epidemiológicos de riesgo para la no AT-ARV en pacientes adultos con VIH/Sida del HRA, enero 2024.

Factores clínicos	AT-ARV				p*	RP	IC (95%)
	No		Si				
	n	%	n	%			
Tiempo de enfermedad por VIH/Sida < 5 años							
Si	69	61.6	21	41.2	0.015	1.302	1.041 - 1.627
No	43	38.4	30	58.8			
Presencia de reacción adversa							
Si	58	51.8	15	29.4	0.008	1.324	1.079 - 1.626
No	54	48.2	36	70.6			
Número de pastillas ≥ 5							
Si	3	2.7	4	7.8	0.138	0.613	0.259 - 1.452
No	109	97.3	47	92.2			
Comorbilidades relacionadas al VIH							
Si	33	29.5	17	33.3	0.588	0.939	0.744 - 1.849
No	79	70.5	34	66.7			
Total	112	100	51	100			

* Prueba Chi cuadrado (p-valor<0.05 significativo). RP: Razón de Prevalencia. IC95%: Intervalo de confianza del 95%
Fuente: Elaborado por el autor

En la tabla 4 se muestra que el tiempo de enfermedad por VIH/Sida menor a 5 años (p=0.015; RP=1.302) y la presencia de reacciones adversas (p=0.008; RP=1.324) fueron factores asociados que incrementan significativamente en 1.302 y 1.324 veces, respectivamente, la prevalencia para la no adherencia al no tratamiento antirretroviral. Evidenciándose una mayor frecuencia de pacientes con VIH/Sida sin AT-ARV cuyo tiempo de enfermedad fue menor a 5 años (61.6% vs 41.2%) y manifestaron reacciones adversas (51.8% vs 29.4%) frente a los pacientes AT-ARV con las mismas características. (Ver Figura 3)

Figura 3:

Factores clínicos de riesgo para la no AT-ARV en pacientes adultos con VIH/Sida del HRA, enero 2024.

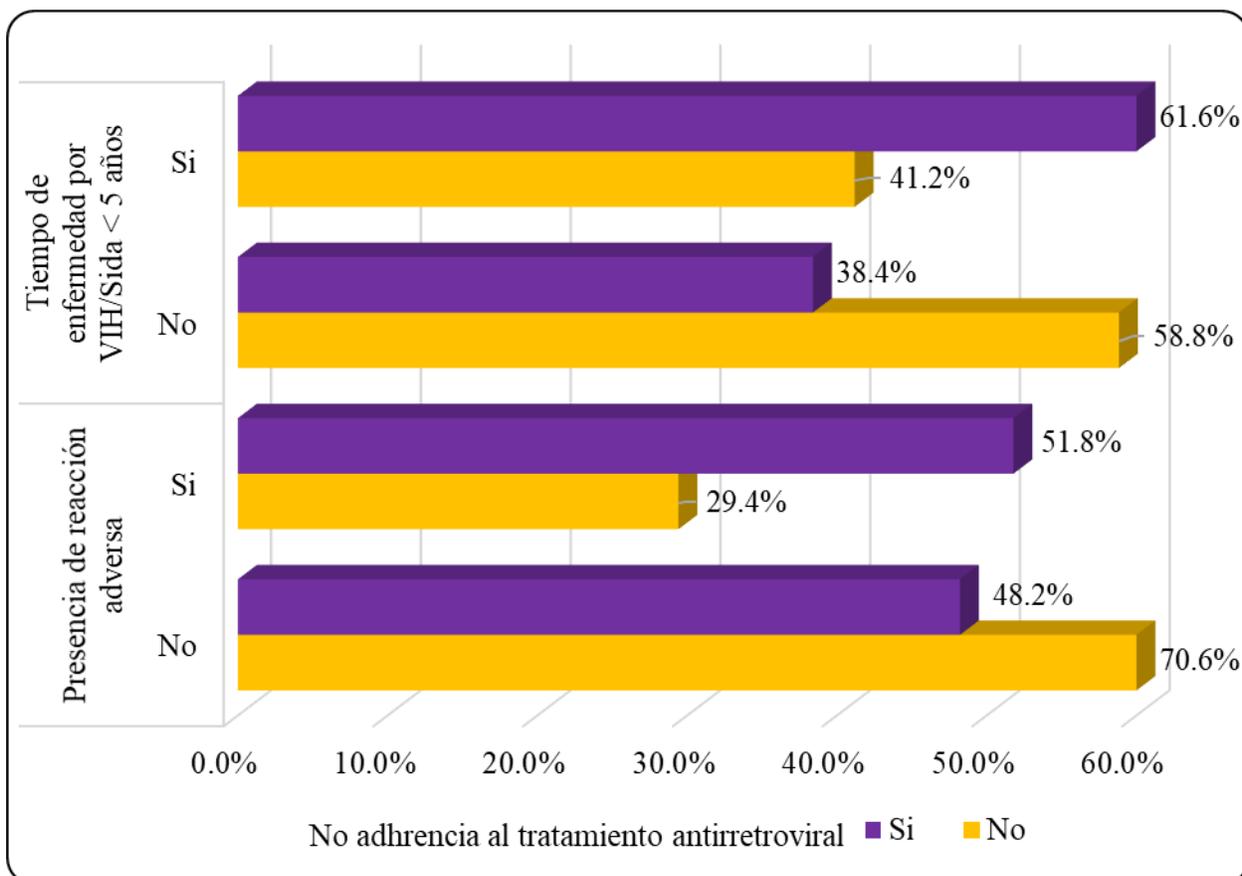


Tabla 5:

Regresión de Poisson entre los factores de riesgo para la no AT-ARV en pacientes adultos con VIH/Sida del HRA, enero 2024.

Factores	B	p-valor	RPa	IC95% para RPa	
				Inferior	Superior
Edad >35 años	0.235	0.000	1.264	1.120	1.427
Sexo masculino	-0.080	0.257	0.924	0.805	1.060
Bajo nivel educativo	-0.083	0.612	0.920	0.667	1.270
Desempleado	0.178	0.008	1.195	1.048	1.363
Estado civil soltero-viuda	0.064	0.424	1.066	0.911	1.247
Consumo de alcohol	0.239	0.002	1.270	1.092	1.476
Consumo de drogas	0.167	0.042	1.182	1.006	1.387
Orientación sexual	0.102	0.112	1.107	0.976	1.255
Familia conoce sobre su estado serológico	-0.028	0.673	0.973	0.856	1.106
Vive solo	-0.153	0.038	0.858	0.743	0.991
Tiempo de enfermedad por VIH/Sida < 5 años	0.184	0.010	1.202	1.044	1.384
Presencia de reacción adversa	0.198	0.002	1.219	1.078	1.378
Número de pastillas ≥ 5	0.020	0.909	1.020	0.726	1.434
Comorbilidades relacionadas al VIH	-0.022	0.730	0.978	0.863	1.109

B: Coeficiente de regresión. p-valor<0.05 significativo. RPa: Razón de Prevalencia ajustada. IC95%: Intervalo de confianza del 95%

Fuente: Elaborado por el autor

De acuerdo al análisis multivariante observado en la tabla 5, finalmente la edad menor a 35 años (p=0.000; RPa=1.264), el desempleo (p=0.008; RPa=1.195), el consumo de alcohol (p=0.002; RPa=1.270), el consumo de drogas (p=0.042; RPa=1.182), el tiempo de enfermedad por VIH/Sida menor a 5 años (p=0.010; RP=1.202) y la presencia de reacciones adversas (p=0.002; RP=1.219) en los pacientes con VIH/Sida, fueron los factores de riesgo asociados de manera significativa que incrementan la prevalencia para la no adherencia al no tratamiento antirretroviral comparado con los pacientes sin las mencionadas características atendidos en el

HRA, enero 2024. Además, se pudo evidenciar que el vivir solo fue un factor protector que disminuye la prevalencia para la no adherencia al no tratamiento antirretroviral.

V. DISCUSIÓN

Al evaluar a 163 pacientes con diagnósticos de VIH/SIDA y en tratamiento antirretroviral, se identificó que la edad > 35 años se consideró un factor epidemiológico que incremento la prevalencia de no AT-ARV, los resultados son contrarios a los presentados por Sánchez et al. (2021) quienes identificaron que a mayor edad la probabilidad de no AT-ARV disminuye (OR=0.92, IC95%=0.85-0.99). Arrieta et al. (2021) también determinaron que la edad en específico los menores de 45 años es un factor para no AT-ARV (OR=1.54, IC95%=1.21-1.95). La diferencia entre estudio podría deberse al diseño de investigación, tamaño de muestra o al análisis de datos; por ende, es importante considerar estas diferencias al interpretar los hallazgos. Por otro lado, los resultados pueden explicarse pues con el envejecimiento, es más probable que las personas desarrollen comorbilidades y necesiten tratamientos adicionales. Esto puede aumentar la complejidad del régimen de tratamiento, lo que a su vez puede dificultar la AT-ARV. Además, con la edad, es más probable que las personas con VIH experimenten una mayor carga de enfermedad, lo que puede afectar su bienestar general y su capacidad para seguir un régimen de tratamiento de manera consistente. Incluso algunas personas pueden experimentar cambios cognitivos y físicos que pueden afectar su capacidad para recordar tomar medicamentos o seguir un horario de dosificación estricto.

El estar desempleado también se consideró un factor epidemiológico para no AT-ARV, resultados contrarios evidenció Sánchez et al. (2021), quien no encontró relación entre la ocupación y la AT-ARV. Las diferencias entre investigaciones podrían estar relacionadas al tamaño de población y el diseño de estudio.

Los resultados se explican pues las personas desempleadas pueden enfrentar barreras para acceder a la atención médica, incluido el acceso a medicamentos antirretrovirales. Esto puede deberse a la falta de seguro médico o a dificultades para pagar los costos asociados con el tratamiento y los servicios de atención médica. También se debe considerar que el empleo proporciona una estructura diaria y rutinas, lo que puede facilitar la AT-ARV al proporcionar momentos predecibles para tomar medicamentos. La falta del mismo puede llevar a una pérdida de esta estructura, dificultando el seguimiento de un régimen de tratamiento.

Se evidenció que el consumo de alcohol fue un factor epidemiológico de riesgo para no AT-ARV. Los resultados son parecidos a los presentados por Vega (2020) quienes determinaron relación significativa entre estas variables ($p < 0.05$). En contraste Arrieta et al. (2021) no identificó relación significativa entre estas variables. Los hallazgos podrían explicarse pues el alcohol puede interactuar con los medicamentos antirretrovirales, lo que puede afectar su eficacia y seguridad. El consumo excesivo de alcohol puede aumentar o disminuir la concentración de medicamentos en el cuerpo, lo que puede comprometer su eficacia o aumentar el riesgo de efectos secundarios. Además, un consumo excesivo podría afectar la memoria y la cognición, lo que puede llevar a olvidar tomar dosis de medicamentos antirretrovirales según lo prescrito. Esto puede resultar en una deficiente AT-ARV y en una disminución de su efectividad para suprimir la replicación del VIH y prevenir la progresión de la enfermedad. Se debe considerar también que las personas que consumen alcohol pueden priorizar su ingesta sobre la salud y bienestar general, lo que puede llevar a interrupciones en el tratamiento o a la falta de seguimiento del régimen prescrito.

El consumo de drogas también se consideró un factor epidemiológico que incrementaba la prevalencia de no AT-ARV, los resultados son similares a los reportados por Arrieta et al. (2021) quienes identificaron que el consumo de sustancia psicoactivas fue un factor que incrementaba la probabilidad de no AT-ARV (OR=1.49, IC95%=1.07-2.07). El consumo de drogas ilícitas puede interactuar con los medicamentos antirretrovirales, alterando su absorción, metabolismo o eliminación. Esto puede disminuir la efectividad de los medicamentos o aumentar el riesgo de efectos secundarios adversos, lo que puede llevar a una falta de AT-ARV, situación que explicarían los resultados hallados. Además, las personas que consumen drogas pueden enfrentar dificultades logísticas para seguir un régimen de tratamiento antirretroviral, como dificultades para obtener y almacenar los medicamentos, o problemas para seguir un horario regular de medicación debido a los patrones de consumo de drogas. De manera similar al consumo de alcohol, puede llevar a una priorización de la droga sobre la salud y el bienestar general. Las personas que consumen drogas pueden estar más preocupadas por satisfacer sus necesidades inmediatas de drogas que por seguir un tratamiento médico para el VIH.

Se identificó que el vivir solo fue un factor protector que disminuye la prevalencia de no AT-ARV. Resultados contrarios mencionaron Pérez y Viana (2020) quienes identificaron que existió relación significativa entre el vínculo de pareja y la AT, además la falta de una pareja estable se consideró un factor de riesgo para mala AT-ARV (OR=77.5; IC95%=20.91-287.1). Mientras Arrieta et al. (2021), no encontraron relación significativa entre la presencia de un acompañante con la AT. La diferencia entre los antecedentes y los resultados del estudio pueden relacionarse con el diseño de estudio y el análisis estadístico empleados, además del tamaño de muestra utilizado. Por otro lado, los hallazgos pueden explicarse pues las personas

que viven solas pueden tener mayor autonomía y control sobre su entorno y su vida cotidiana. Esto puede facilitar el establecimiento de rutinas y horarios para tomar medicamentos, lo que puede promover una mayor AT-ARV. Así mismo, las personas que viven solas pueden desarrollar una mayor capacidad de autorregulación y responsabilidad en relación con su salud y su tratamiento. Esto puede promover una mayor AT al fomentar la toma de decisiones informadas y la autogestión de la salud.

En relación a los factores clínicos, el tiempo de enfermedad por VIH/SIDA menor a 5 años se consideró un factor que incrementa la prevalencia de no AT-ARV, los resultados no son consecuentes a los reportados por Salgado et al. (2018) quienes no consideraron al tiempo de enfermedad como un factor asociado a no AT-ARV. La relación entre ambas variables puede explicarse por el hecho de que las personas con un tiempo de enfermedad menor a 5 años pueden tener una percepción menor de la gravedad de la enfermedad y de la importancia de adherirse al tratamiento antirretroviral. Pueden sentirse menos motivadas para seguir un régimen de tratamiento de por vida si no han experimentado las complicaciones a largo plazo asociadas con la infección. Además, un tiempo de enfermedad menor a 5 años puede provocar negación o shock emocional en algunas personas, lo que puede interferir con su capacidad para aceptar y adherirse al tratamiento. Pueden experimentar dificultades para procesar la noticia y para asimilar los cambios que el diagnóstico implica en su vida. En este contexto, es importante proporcionar educación, apoyo emocional y servicios de asesoramiento adecuados a las personas con un tiempo de enfermedad menor a 5 años para ayudarles a superar estos desafíos y promover una efectiva AT-ARV.

La presencia de reacciones adversas se consideró un factor clínico de riesgo para no AT-ARV, hallazgos parecidos presentaron Arrieta et al. (2021), quienes reportaron que los pacientes con reacciones adversas a los medicamentos antirretrovirales tenían el doble de probabilidad de no AT (OR=2.01, IC95%= 1.41-2.85). De la misma manera, Pérez y Viana (2020) evidenciaron que las reacciones adversas incrementaban la probabilidad de no AT en pacientes con VIH (OR=4.2; IC95%=1.83-10.07). Se debe considerar que algunos medicamentos antirretrovirales pueden causar efectos secundarios adversos, que pueden variar desde leves, como náuseas o dolor de cabeza, hasta más graves, como erupciones cutáneas, trastornos gastrointestinales o toxicidad hepática. Estas reacciones adversas pueden ser difíciles de tolerar para algunas personas y pueden disminuir su AT-ARV. Las reacciones adversas a los medicamentos antirretrovirales, también pueden afectar la calidad de vida de las personas, interfiriendo con su capacidad para realizar actividades diarias, trabajar o participar en actividades sociales. Esto puede generar un impacto negativo en su bienestar emocional y psicológico, lo que puede influir en su motivación para seguir el tratamiento.

VI. CONCLUSIONES

- Los factores de riesgo significativamente asociados para la no AT-ARV en pacientes adultos con VIH/Sida del HRA, enero 2024, fueron la edad mayor de 35 años, el desempleo, el consumo de alcohol y drogas, así como el tiempo de enfermedad por VIH/Sida menor a 5 años y la presencia de eventos adversos.
- Se precisó a la edad mayor de 35 años, el desempleo, el consumo de alcohol y drogas como factores de riesgo epidemiológicos significativamente asociados para la no AT-ARV en pacientes adultos con VIH/Sida del HRA, enero 2024.
- Se estableció el tiempo de enfermedad por VIH/Sida menor a 5 años y la presencia de eventos adversos como factores de riesgo clínicos significativamente asociados para la no AT-ARV en pacientes adultos con VIH/Sida del HRA, enero 2024.

VII. RECOMENDACIONES

Se recomienda, proporcionar información clara y comprensible sobre el VIH/SIDA, los medicamentos antirretrovirales y la importancia de la AT-ARV. Esto puede ayudar a las personas a comprender los beneficios del tratamiento y a motivarlas a seguirlo de manera consistente. Es especialmente recomendable organizar talleres y sesiones educativas de consejería para sensibilizar y concientizar a las personas sobre su tratamiento.

Se sugiere monitorizar la tolerancia y los efectos secundarios de los medicamentos antirretrovirales y proporcionar estrategias para manejarlos de manera efectiva. Esto puede incluir ajustes en el régimen de tratamiento, medicamentos adicionales para controlar los síntomas, o cambios en el estilo de vida para minimizar los efectos secundarios.

Se recomienda adaptar el enfoque de tratamiento a las necesidades individuales de cada persona, teniendo en cuenta factores como la edad, el estado civil, hábitos nocivos, tiempo de enfermedad y reacciones adversas. Esto puede implicar la creación de planes de tratamiento personalizados y la colaboración con otros profesionales de la salud y servicios comunitarios para brindar una atención integral.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Albuquerque, R., Brito, A., Lima, K., y Lapa, T. (2020). Adherence to antiretroviral therapy among people living with HIV/AIDS in northeastern Brazil: A cross-sectional study. *Sao Paulo Medical Journal*, 137, 479-485. <https://doi.org/10.1590/1516-3180.2019.0212170919>
- Alvis, O., De Coll, L., Chumbimune, L., Díaz, C., Díaz, J., Reyes, M. (2009). Factores asociados a la no adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en adultos infectados con el VIH-sida. *An Fac med*, 70(4): 266-72
- Arrieta, J. (2021). Factores asociados a la no adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes VIH/SIDA atendidos en Helpharma Colombia, entre 2017 a 2020. [Tesis de Grado, Universidad CES]. <https://repository.ces.edu.co/handle/10946/5369>
- Barrera-Espinoza, R., Gómez-Gonzales, W., Girón-Vargas, A., 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. *Horizonte Médico*, 21(4). <https://doi.org/10.24265/horizmed.2021.v21n4.09>
- Been, S., Vijver, D., Nieuwkerk, P., Brito, I., Stutterheim, S., Bos, A., Wolfers, M., Pogány, K., y Verbon, A. (2016). Risk Factors for Non-Adherence to cART in Immigrants with HIV Living in the Netherlands: Results from the ROTterdam ADherence (ROAD) Project. *PLOS ONE*, 11(10), e0162800. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0162800>
- Bennett, J., Dolin, R., y Blaser, M. (2020). Mandell, Douglas y Bennett. Enfermedades infecciosas. Principios y práctica. Elsevier Health Sciences.

- Betancourt, J. (2019). Adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes seropositivos. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 34(3), Art. 3. <https://revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/955>
- Burbano, A., Ayola, C., y Ramos, E. (2019). Adherencia farmacológica en relación con funcionalidad familiar en el tratamiento ambulatorio de pacientes con esquizofrenia, depresión y trastorno bipolar. *Revista Ciencias Biomédicas*, 8(2), 40-50.
- Carvajal, M., Tabares, M., Almanza, L., Martínez, A., Hernández, L., y Sánchez, L. (2019). Virus de inmunodeficiencia humana: Hallazgos útiles en el diagnóstico, prevención y tratamiento. *ENF INF MICROBIOL*, 39(2), 65-70.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2021). Core indicators for monitoring the Ending the HIV Epidemic initiative (early release): National HIV Surveillance System data reported through December 2020; and preexposure prophylaxis (PrEP) data reported through September 2020. CDC. <https://www.cdc.gov/hiv/library/reports/surveillance-data-tables/vol-2-no-2/index.html>
- Dávila, R., García, N., Saavedra, K. (2014). Adherencia al tratamiento de diabetes mellitus tipo 2 en adultos mayores: variables asociados. Iquitos - 2013 [Tesis de grado, Universidad nacional de la Amazonia Peruana] https://repositorio.unapiquitos.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12737/3541/Rosa_Tesis_Titulo_2014.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Encalada, S., y Fernández, M. (2018). Factores relacionados a la no adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH del Hospital Civil «San Vicente de Paul», en Pasaje. Periodo enero-junio 2019 [Tesis de Grado, Universidad de Guayaquil, Facultad de

Ciencias Médicas, Carrera de Enfermería].

<http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/53761>

Enríquez, Y., Díaz, M., y Menacho Alvirio, L. A. (2020). Impacto del Programa TARGA en la disminución de casos de sida en el sistema de salud peruano, 1983-2018. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 44, e27. <https://doi.org/10.26633/rpsp.2020.27>

García, T. (2016). Infección por VIH y SIDA, dos mundos que se apartan. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 59(1), 36-41. <https://www.scielo.org.mx/pdf/facmed/v59n1/2448-4865-facmed-59-01-36.pdf>

HIV.info. (2021). El ciclo de vida del VIH | NIH [Sitio web]. <https://hivinfo.nih.gov/es/understanding-hiv/fact-sheets/el-ciclo-de-vida-del-vih>

Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo de España. (2022). Virus de la inmunodeficiencia Humana 1. <https://www.insst.es/agentes-biologicos-basebio/virus/vih1>

Instituto de Salud Pública del Ministerio de Salud de Chile. (2023). Vigilancia VIH/SIDA. <https://www.ispch.gob.cl/biomedico/vigilancia-de-laboratorio/ambitos-de-vigilancia/vigilancia-vih-sida/>

Ministerio de Salud. (2021). Situación epidemiológica del VIH-Sida en el Perú. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/vih/Boletin_2021/febrero.pdf

Ministerio de Salud de Chile. (2022). Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA). MINSAL. <http://epi.minsal.cl/vih-situacion-epidemiologica/>

National Institutes of Health. (2021). El ciclo de vida del VIH. <https://hivinfo.nih.gov/es/understanding-hiv/fact-sheets/el-ciclo-de-vida-del-vih>

Navarro, M. (2018). Infección VIH en Pediatría. *Pediatr Integral*, XXII(7), 333-341.

- Notario, C., Gómez, T., Marcos, A., y Proy, B. (2022). Adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes VIH. *Revista Multidisciplinar del Sida*, 10(26).
<https://www.revistamultidisciplinardelsida.com/adherencia-al-tratamiento-antirretroviral-en-pacientes-vih/>
- ONUSIDA. (2019). Preguntas frecuentes con relación al VIH y el sida [Sitio web].
<https://www.unaids.org/es/frequently-asked-questions-about-hiv-and-aids>
- Orellana-Zanabria, G., y Morales-Rezza, E. (2019). Factores asociados a la adherencia al targa, en pacientes con VIH/Sida en el Hospital Central PNP “Luis N. Saenz” en los meses de octubre a diciembre del 2015. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 19(1), 46-54.
<https://doi.org/10.25176/RFMH.v19.n1.1792>
- Organización Mundial de la Salud. (2022). Infección por el VIH. OMS.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>
- Organización Panamericana de la Salud, y Organización Mundial de la Salud. (2019). VIH/SIDA. Pan American Health Organization / World Health Organization.
https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_contentyview=articleid=9573:2019-factsheet-hiv-aidsyItemid=0ylang=es#gsc.tab=0
- Pagès-Puigdemont, N., y Valverde-Merino, M. (2018). Métodos para medir la adherencia terapéutica. *Ars Pharmaceutica (Internet)*, 59(3), 163-172.
<https://doi.org/10.30827/ars.v59i3.7387>
- Pérez, J., y Viana, L. (2020). Factores asociados a la no adherencia terapéutica a los antirretrovirales en personas con VIH/SIDA. *Revista Cubana de Medicina Tropical*, 72(2).
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstractypid=S0375-07602020000200003ylng=esynrm=isoytlng=es

- Salgado, M., Haddad, J., Miranda, B., Martínez, J., Bahena, M., Joanico, B., Cruz, M., y Balbuena, E. (2018). Calidad de vida y factores asociados a la no adherencia al tratamiento en pacientes portadores de VIH. *Atención Familiar*, 25(4), Art. 4. <https://doi.org/10.22201/facmed.14058871p.2018.4.67256>
- Sánchez, S., Pastor, M., Cánovas, M., Almansa-Martínez, P., Peñalver, C., y Jiménez-Ruiz, I. (2021). Factores relacionados con la adherencia al tratamiento antirretroviral en mujeres con VIH: Un estudio mixto con diseño secuencial. *Enfermería Global*, 20(2), Art. 2. <https://doi.org/10.6018/eglobal.437711>
- Sangeda, R., Mosha, F., Aboud, S., Kamuhabwa, A., Chalamilla, G., Vercauteren, J., Van, E., Lyamuya, E., y Vandamme, A. (2018). Predictors of non adherence to antiretroviral therapy at an urban HIV care and treatment center in Tanzania. *Drug, Healthcare and Patient Safety*, 10, 79-88. <https://doi.org/10.2147/DHPS.S143178>
- Semvua, S., Orrell, C., Mmbaga, B., Semvua, H., Bartlett, J., y Boulle, A. (2017). Predictors of non-adherence to antiretroviral therapy among HIV infected patients in northern Tanzania. *PLOS ONE*, 12(12), e0189460. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0189460>
- Soares, R., Brito, A., Lima, K., y Lapa, T. (2019). Adherence to antiretroviral therapy among people living with HIV/AIDS in northeastern Brazil: A cross-sectional study. *Sao Paulo Medical Journal = Revista Paulista De Medicina*, 137(6), 479-485. <https://doi.org/10.1590/1516-3180.2019.0212170919>
- Spach, D., y Budak, J. (2021). Epidemiology of HIV. Department of Health and Human Services. <https://www.hiv.uw.edu/go/screening-diagnosis/epidemiology/core-concept/all>
- 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 Ciencia Médica*, 23(2), Art. 2. <https://doi.org/10.51581/rccm.v23i2.287>
- Valencia-Monsalvez, F., Mendoza-Parra, S., y Luengo-Machuca, L. (2017). Evaluación de la escala Morisky de adherencia a la medicación (MMAS-8) en adultos mayores de un centro de atención primaria en Chile. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 34(2), 245-249. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2017.342.2206>
- Vargas, D. (2022). Factores de riesgo asociados a la mala adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) en pacientes VIH positivo del Hospital Sergio Bernales en el periodo 2019 – 2021 [Tesis de Grado, Universidad Ricardo Palma]. <https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14138/5127/MED-Vargas%20Galindo%2c%20David%20Dali%20.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Vega, N. (2020). Factores de riesgo a la no adherencia al tratamiento antirretroviral en los pacientes con VIH positivo en el hospital de Tingo María—2016—2017 [Tesis de Grado, Universidad de Huánuco]. <http://localhost:8080/xmlui/handle/123456789/2526>
- Vergara, E., Granada, A., Vanegas, C., Forero, E., y Silva, C. (2018). Factores asociados al abandono de terapia antirretroviral de alta efectividad en pacientes con VIH SIDA en un hospital de tercer nivel. *Acta Médica Colombiana*, 43(1), 31-36. <https://doi.org/10.36104/amc.2018.890>

IX. ANEXOS

6.1. ANEXO A: MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES Y DIMENSIONES	METODOLOGÍA
<p><u>PROBLEMA GENERAL</u></p> <p>¿Cuáles son los factores de riesgo para no AT-ARV en pacientes adultos con VIH/Sida del HRA de Ayacucho, enero 2024?</p>	<p><u>OBJETIVO GENERAL</u></p> <p>Determinar los factores de riesgo para no AT-ARV en pacientes adultos con VIH/Sida del HRA, enero 2024.</p> <p><u>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Precisar los factores epidemiológicos de riesgo para no AT-ARV 1 en pacientes adultos con VIH/Sida del HRA, enero 2024. 2. Establecer los factores clínicos de riesgo para no AT-ARV en pacientes adultos con VIH/Sida del HRA, enero 2024. 	<p><u>HIPÓTESIS GENERAL</u></p> <p>H1: Existen factores de riesgo para no AT-ARV en pacientes adultos con VIH/Sida del HRA, enero 2024.</p> <p>H0: No existen factores de riesgo para no AT-ARV en pacientes adultos con VIH/Sida del HRA, enero 2024.</p>	<p><u>VARIABLE INDEPENDIENTE</u></p> <p>Factores epidemiólogos Factores clínicos</p> <p><u>VARIABLE DEPENDIENTE</u></p> <p>No adherencia al tratamiento antirretroviral</p>	<p><u>TIPO DE INVESTIGACIÓN</u></p> <p>Observacional, analítica y transversal.</p> <p><u>POBLACIÓN</u></p> <p>283 pacientes con VIH/Sida que reciben TARGA y atendidos en el HRA enero 2024.</p> <p><u>MUESTRA</u></p> <p>163 pacientes.</p> <p><u>ANÁLISIS ESTADÍSTICO</u></p> <p>Promedio, desviación estándar, frecuencias absolutas, frecuencias relativas, Chi-cuadrado y RP. RPa</p>

6.2. ANEXO B: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

	Variables	Definición de variable	Tipo de Variable	Escala de medición	Valores	Fuente de información
Factores epidemiológicos	Edad > 35 años	Paciente mayor de 35 años	Cualitativa	Nominal	Si No	Cuestionario
	Sexo masculino	Paciente de sexo masculino.	Cualitativa	Nominal	Si No	Cuestionario
	Bajo nivel educativo	Paciente sin instrucción o que curso primario	Cualitativa	Nominal	Si No	Cuestionario
	Desempleado	Paciente que no tiene empleo o lo ha perdido.	Cualitativa	Nominal	Si No	Cuestionario
	Estado civil soltero-viuda	Paciente soltero o viudo	Cualitativa	Nominal	Si No	Cuestionario
	Consumo de alcohol	Paciente que consume alcohol 3 días a la semana o más.	Cualitativa	Nominal	Si No	Cuestionario
	Consumo de drogas	Uso de drogas en los últimos 30 días.	Cualitativa	Nominal	Si No	Cuestionario
	Orientación sexual	Patrón duradero de atracción romántica o sexual hacia otras personas.	Cualitativa	Nominal	No heterosexual Heterosexual	Cuestionario
	Familia conoce sobre su estado serológico	Padres, hermanos y/o hijos del paciente en estudio conocen sobre el diagnóstico de VIH/SIDA.	Cualitativa	Nominal	Si No	Cuestionario
	Vivir solo	Paciente que vive sin compañía bajo el mismo techo.	Cualitativa	Nominal	Si No	Cuestionario

Factores clínicos	Tiempo de enfermedad por VIH/Sida < 5 años	Paciente con un tiempo de enfermedad mayor a 5 años.	Cualitativa	Nominal	Si No	Cuestionario
	Presencia de reacción adversa	Suceso indeseable presente en el paciente en estudio a consecuencia del tratamiento antirretroviral.	Cualitativa	Nominal	Si No	Cuestionario
	Número de pastillas ≥ 5	Paciente que toma 5 o más pastillas diarias	Cualitativa	Nominal	Si No	Cuestionario
	Comorbilidades relacionadas al VIH	Paciente que presenta comorbilidades relacionadas al VIH/SIDA.	Cualitativa	Nominal	Si No	Cuestionario
No adherencia al tratamiento antirretroviral	Paciente con puntaje menor a 8 en la Escala de Morisky-Green	Cualitativa	Nominal	Si No	Escala de Morisky-Green	

6.3. ANEXO C: INSTRUMENTOS

Factores de riesgo para la no adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes adultos con

VIH/Sida. Hospital Regional de Ayacucho, enero 2024.

Fecha: ____/____/____

ID: _____

I. Factores epidemiológicos

¿Cuál es su edad? _____ años

Edad > 35 años: () Si () No

Sexo: () Masculino () Femenino

¿Cuál es su grado de instrucción: () Sin instrucción

() Primaria

() Secundaria

() Superior técnico

() Superior universitario

¿Se encuentra desempleado? () Si () No

¿Cuál es su estado civil? () Soltero/a

() Viudo/a

() Divorciado/a

() Casado/a

() Conviviente

¿Consumo de alcohol 3 días a la semana o más? () Si () No

¿Ha consumido drogas en los últimos 30 días? () Si () No

¿Cuál es su orientación sexual? () No heterosexual

() Heterosexual

¿Su familia conoce sobre su estado serológico? () Si () No

¿Usted vive solo/a? () Si () No

Si la respuesta es NO, especificar con quien vive: _____

II. Factores clínicos

Tiempo de enfermedad: _____ años

Tiempo de enfermedad por VIH/Sida < 5 años: () Si () No

¿Ha presentado reacciones adversas por el tratamiento antirretroviral?

() Si () No

Si la respuesta es SI, especifique cuales reacciones adversas: _____

¿Cuántas pastillas toma diariamente? _____

¿Toma 5 o más pastillas diarias? () Si () No

¿Ha presentado enfermedades relacionadas al VIH? () Si () No

Si la respuesta es SI, especifique cuales: _____

III. No adherencia al tratamiento antirretroviral:

Escala de Morisky-Green (MMAS-8)

Nº	Preguntas	Opción de respuesta	
		Sí	No
1	¿Olvida tomar su medicina de la TAR algunas veces?	0	1
2	Algunas veces las personas no toman su medicina por razones diferentes al olvido. Piense en las dos semanas pasadas. ¿Dejó de tomar su medicina de la TAR algún día?	0	1
3	¿Alguna vez ha tomado menos pastillas, o ha dejado de tomarlas sin decírselo al doctor porque se sentía peor cuando las tomaba?	0	1

4	¿Cuándo viaja o sale de casa olvida llevar sus medicinas de la TAR algunas veces?	0	1
5	¿Se tomó sus medicinas de la TAR el día de ayer?	1	0
6	Cuando siente que sus síntomas están bajo control, ¿deja de tomar su medicina del TAR algunas veces?	0	1
7	Tomar las medicinas todos los días es realmente incómodo para algunas personas, ¿siente usted que es un fastidio lidiar con su plan de tratamiento?	0	1
8	¿Con qué frecuencia le es difícil recordar que debe tomar todas sus medicinas de la TAR?	Nunca/Casi nunca	1
		Rara vez	0,75
		Algunas veces	0,5
		Habitualmente	0,25
		Siempre	0

Puntaje: _____

6.4. ANEXO D: CONSENTIMIENTO INFORMADO

“Factores de riesgo para la no adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes adultos con VIH/Sida. Hospital Regional de Ayacucho, enero 2024”

Propósito del Estudio: Lo estamos invitando a participar en este estudio con la finalidad de determinar los factores de riesgo para no adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes adultos con VIH/Sida del Hospital Regional de Ayacucho, enero 2024.

Procedimientos: Si acepta participar en este estudio se le aplicara 1 cuestionario, denominados: Escala de Adherencia a la Medicación de Morisky, 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. puede decidir retirarse de este estudio en cualquier momento del mismo, 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.

Fecha: ____/____/____

Firma del Participante

DNI:

Firma del Investigador

DNI:

6.5. ANEXO E: ESTADÍSTICA COMPLEMENTARIA

Tabla 6

Reacciones adversas en pacientes adultos con VIH/Sida que reciben TARV en el HRA, enero

2024

Reacciones adversas	n	%
Dolor de cabeza	14	19.2
Vómitos	10	13.7
Alergias (Erupción cutánea o manchas)	10	13.7
Mareos	9	12.3
Pesadillas	6	8.2
Nauseas	5	6.8
Alucinaciones	3	4.1
Prurito	3	4.1
Diarrea	2	2.7
Debilidad	2	2.7
Adormecimiento	1	1.4
Alteraciones	1	1.4
Ansiedad	1	1.4
Brote de acné	1	1.4
Depresión	1	1.4
Molestias estomacales	1	1.4
Somnolencia	1	1.4
No especifica	2	2.7
Total	73	100