



UNIVERSIDAD PARTICULAR DE CHICLAYO
FACULTAD DE MEDICINA Y ODONTOLOGIA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA



TESIS

**FACTORES RELACIONADOS A LA NO ADHERENCIA AL
TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN PACIENTES CON VIH**

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

AUTOR

SEGUNDO JULIO CESAR SALDAÑA DAVILA

ASESOR

YIRO KIYOSHI YAZAWA BALLENA

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

ENFERMEDADES TRANSMISIBLES Y NO TRANSMISIBLES

CHICLAYO – PERU

2021

DEDICATORIA

No hay nada más hermoso en la vida que ver a alguien feliz y poder ser tu partícipe de ello , ver el rostro de un ser humano aliviado y con esperanza vale más que cualquier otra cosa; eso es Medicina Humana una profesión de amor, es por ello que por sobre todo dedicó esta tesis a Dios, quien sin duda alguna ha sido la pieza principal y fundamental de todos mis logros quien me dio la vida, la inteligencia y la fortaleza diaria para poder seguir adelante, ya que sin el nada somos en absoluto. A mi madre María Magdalena Dávila Meléndez, un ejemplo de lucha, de perseverancia y de amor puro , que desde que tengo uso de razón me ha demostrado con valentía y sobre todo con capacidad intelectual que todo se puede en esta vida si te lo propones , que ha sido y es el impulso diario de mi lucha y el motor de mi vida . te amo demasiado Madre.

A mi hermana María Laura quien con su ejemplo ha sido uno de los pilares de soporte y de fortaleza que siempre ha estado ahí incondicionalmente

A mis hermanos ya que sin ellos yo no fuera lo que ahora soy y a mis amigos incondicionales que creyeron en mi y me demostraron lo que es la amistad

De corazón y con sincera gratitud

S. Julio Cesar Saldaña Dávila

AGRADECIMIENTO

En primera instancia quiero agradecer a mi casa de estudios y universidad por la formación académica profesional y forjarme con los conocimientos necesarios.

A mi Asesor Dr. Yiro Kiyoshi Yazawa Ballena quien con sus conocimientos en medicina y amistad ha sido a quien le debo gran parte de mi aprendizaje y el principal impulso académico y profesional para llevar a cabo mi Tesis, muchas gracias maestro

A mi Madre y hnos. por creer en mi en cada momento y ser siempre la fortaleza y el sustento incondicional.

A todos quienes fueron partícipes de este trabajo, mis más sinceros agradecimientos por ayudarme a concluirlo

Muchas Gracias

INDICE

Dedicatoria

Agradecimientos

Resumen y abstract

1. INTRODUCCION

1.1 Realidad problemática	9
1.2 Formulación del problema	11
1.3 Objetivos	11
1.4 Hipótesis	11

2. MARCO TEORICO

2.1 Antecedentes	12
2.2 Bases teoricas	13

3. METODOLOGIA

3.1 Tipo y diseño de investigación	15
3.2 Población, muestra y muestreo	16
3.3 Criterios de selección.....	16
3.4 Variables de estudio y su operacionalización	17
3.5. Métodos, técnicas y procedimientos	18
3.6. Análisis y procesamiento de datos	19
3.7. Consideraciones éticas	19

4. RESULTADOS

20

5. DISCUSION

28

6. CONCLUSIONES

29

7. RECOMENDACIONES

29

8. BIBLIOGRAFIA

30

9. ANEXOS

34

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Características de los participantes del estudio	20
Tabla 2. Años enfermo y años de tratamiento	21
Tabla 3. Edad de los encuestados	22
Tabla 4. Sexo y grado de estudios de los encuestados.....	22
Tabla 5. Lugar de procedencia	23
Tabla 6. Correlación de Spearman: Coeficientes\probabilidades.....	24

INDICE DE FIGURAS

Figura 1. Años enfermo	20
Figura 2. Años de tratamiento	21
Figura 3. ¿olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?	25
Figura 4. ¿toma los medicamentos a las horas indicadas?	25
Figura 5 Cuando se encuentra bien ¿deja de tomar la medicación?.....	26
Figura 6. Si alguna vez se siente mal, ¿deja Ud. de tomarla?	26
Figura 7. Adherencia al tratamiento	27

RESUMEN

Objetivo: Determinar los factores relacionados a la no adherencia al TARGA en los pacientes adultos con VIH que recibían dicho tratamiento en el Hospital Regional Lambayeque. **Material y métodos:** Estudio cualitativo la población estuvo constituida por los pacientes adultos con infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana en Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad atendidos en el Hospital Regional Lambayeque en el período marzo a mayo del 2021. En cada servicio el tesista entrevistará a los pacientes, para informarles del motivo de la investigación, explicando los objetivos y solicitando su participación, haciendo firmar el consentimiento informado. Los datos obtenidos serán consolidados en tablas estadísticas unidimensionales y bidimensionales y el análisis se realizará a través de cifras porcentuales. Para el procesamiento de los datos se utilizará el software estadístico SPSS versión 22.0. y el Excel 2013 La presente investigación asume los principios éticos estipulados por la Declaración De Helsinki de la Asociación Médica Mundial. **Resultados:** En nuestro estudio participó una población de 384 personas los encuestados tenían una media de 5,79 años enfermos, en cuanto a los años de tratamiento figura 2, la media fue de 3,28 años al evaluar la adherencia 360 (93,8 %) resulto ser no adherente a su tratamiento mientras que 24 (6,3 %) si son adherentes a la medicación. **Conclusiones:** La adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes atendidos en el hospital regional de Lambayeque es baja.

Palabras Clave: VIH, adherencia al tratamiento, adherencia terapéutica, antirretrovirales.

ABSTRACT

Objective: To determine the factors related to non-adherence to HAART in adult patients with HIV receiving such treatment at the Lambayeque Regional Hospital.

Material and methods: Qualitative study: The population consisted of adult patients with Human Immunodeficiency Virus infection on highly active antiretroviral treatment attended at the Lambayeque Regional Hospital from March to May 2021. In each service, the thesis researcher will interview the patients, to inform them of the reason for the research, explaining the objectives and requesting their participation, having them sign the informed consent form. The data obtained will be consolidated in unidimensional and bidimensional statistical tables and the analysis will be done through percentage figures. The SPSS version 22.0 statistical software and Excel 2013 will be used for data processing. The present research assumes the ethical principles stipulated by the Declaration of Helsinki of the World Medical Association. **Results:** In our study participated a population of 384 people the respondents had an average of 5.79 years sick, as for the years of treatment figure 2, the average was 3.28 years when assessing adherence 360 (93.8 %) turned out to be non-adherent to their treatment while 24 (6.3 %) if they are adherent to medication. **Conclusions:** Adherence to antiretroviral treatment in patients treated at the Lambayeque regional hospital is low.

Key words: HIV, adherence to treatment, therapeutic adherence, antiretrovirals.

1. INTRODUCCIÓN:

1.1. Realidad problemática

Los virus de inmunodeficiencia humana (VIH) son dos especies de lentivirus (un subgrupo de retrovirus) que infectan a los humanos. Con el tiempo, provocan el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)(1). La introducción de la terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA) ha producido una reducción drástica de la mortalidad entre las personas infectadas por el VIH(2). Desde 2004, más de 30 países de ingresos bajos y medianos de todo el mundo han desarrollado planes de prevención, atención y tratamiento del VIH, a partir de 2016, estos programas han permitido que aproximadamente 19,5 millones de personas que viven con el VIH reciban terapia antirretroviral (3). El tratamiento de la infección por VIH ha demostrado que la colaboración entre el paciente y el proveedor puede resultar en la selección de un régimen adaptado al estilo de vida caracterizado por una dosificación conveniente, baja carga de píldoras y efectos secundarios tolerables que mejoran la adherencia, la eficacia y la voluntad del paciente de seguir tomando antiinflamatorios. Terapia contra el VIH a largo plazo(4).

El problema de la adherencia inadecuada a los regímenes farmacológicos de la terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA) prescrita para tratar la infección por el VIH y el SIDA es omnipresente(4). Las barreras importantes para la adherencia son consistentes en múltiples entornos y países(5). La adherencia puede ser inadecuada a pesar de que tanto el proveedor como el paciente comprenden las consecuencias de la falta de adherencia(4).

Las barreras para la adherencia observadas en el tratamiento del VIH se asemejan a las barreras para el tratamiento exitoso de otras enfermedades crónicas: complejidad del régimen, efectos secundarios que resultan en una mala tolerabilidad, factores del estilo de vida del paciente y relaciones entre el paciente y el proveedor(4). Los médicos deben utilizar esta información para entablar una discusión abierta con los pacientes para promover la adherencia e identificar barreras y facilitadores dentro de sus propias poblaciones(5).

A medida que aumenta la adherencia los tratamientos retrovirales, la supervivencia de las personas con SIDA mejoró sustancialmente en la misma medida que se observa actualmente en los países industrializados (6). Esto en conjunción con el dicho de que las enfermedades no transmisibles serán cada vez más frecuentes(7). El conocimiento de los factores asociados con la adherencia a la medicación podría ayudar a los médicos del VIH a dirigirse a

las personas que necesitan intervención, diseñar estas intervenciones y ayudar a los investigadores a planificar estudios de adherencia(8).

El tratamiento exitoso a largo plazo del VIH / SIDA requiere al menos un 95% de adherencia al TARGA para prevenir la aparición de variantes del VIH resistentes a los medicamentos que conducen al fracaso del régimen y limitan las opciones para la terapia futura(4). Se necesitan investigaciones urgentes para determinar los factores importantes del paciente para la adherencia en los entornos del mundo en desarrollo(5). A pesar de la prevalencia de una adherencia inadecuada, muchos pacientes tienen éxito y la TARGA ha transformado la infección por VIH en una enfermedad crónica cada vez más tratada en la atención primaria(4).

Los resultados indican que la adherencia se asociaron con una supervivencia más corta entre las personas con VIH que acceden a él(9). El término cumplimiento se usa con más frecuencia, pero adherencia es el término preferido y se considera más preciso porque implica y reconoce la elección del paciente en la terapia(10). Hallazgos sugieren que, en múltiples estudios de países desarrollados, el género femenino a menudo predice una menor adherencia. Las circunstancias únicas de las mujeres VIH positivas requieren atención especializada para aumentar la adherencia al TARGA(11). Programas TARGA deben considerar el beneficio potencial de brindar apoyo al tratamiento a los pacientes(12).

La adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) se ha asociado con un aumento de las tasas de supervivencia y una disminución de la resistencia a los medicamentos en varios entornos(12). Dada la alta prevalencia de síntomas depresivos en pacientes VIH positivos y una fuerte asociación con la adherencia, los hallazgos apoyan la mejora en el diagnóstico y el tratamiento de la depresión, así como la adherencia para maximizar la efectividad de TARGA(9). Existe una creciente preocupación de que las pérdidas durante el seguimiento aumenten y las tasas de adherencia disminuyan a medida que los programas TARGA se amplíen en entornos con recursos limitados(12).

La adherencia disminuyó con el tiempo(13). Las recomendaciones para mejorar la adherencia incluyen: seguimiento regular de los pacientes, advertencia de los efectos secundarios del TARGA y creación de programas de medicación apropiados para las rutinas diarias de los pacientes(14). Los pacientes que informan un gran número de síntomas poco después del inicio de la TARGA tienen un mayor riesgo de incumplimiento en el futuro y podrían

ser objeto de intervenciones para lograr buenos niveles de cumplimiento y mejorar el resultado del tratamiento(15).

La terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA) ha sido un gran avance para el tratamiento de pacientes con VIH; sin embargo, la adherencia al tratamiento sigue siendo una barrera formidable(16). El costo y el tipo de régimen farmacológico deben tenerse en cuenta al diseñar programas de acceso a TARGA para comunidades pobres(17). En general, las intervenciones multifacéticas parecen más prometedoras. A pesar de la considerable atención prestada a la adherencia en los últimos años, queda mucho por hacer para comprender y promover la adherencia al TARGA(16). Se pueden usar los datos producidos en esta investigación para producir mejorar campañas de adherencia en los pacientes con VIH, y así generar menores complicaciones de salud en estas poblaciones. El problema de no adherencia al tratamiento es ya conocido y se ve en que los pacientes no toman su medicación. Al determinar ciertas variables que afectan el uso de TARGA podremos ajustar los factores para que esto no suceda.

1.2. Formulación del problema

¿Cuáles son los factores relacionados a la no adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH atendidos marzo a mayo del 2021?

1.3. Objetivos:

General

Determinar los factores relacionados a la no adherencia al TARGA en los pacientes adultos con VIH que recibían dicho tratamiento en el Hospital Regional Lambayeque.

Específico

Correlacionar los factores relacionados a la no adherencia con la edad, tiempo de enfermedad, grado de instrucción y homosexualidad al TARGA en los pacientes adultos con VIH que recibían dicho tratamiento en el Hospital Regional Lambayeque.

1.4. Hipótesis

Hipótesis es implícita.

2. MARCO TEÓRICO:

2.1. Antecedentes

Williams y Friedland en su estudio descubrieron para lograr una supresión duradera de la replicación viral, es necesario un cumplimiento casi perfecto de la dosis, el momento, la frecuencia y los requisitos alimentarios. Los factores que determinan la adherencia del paciente incluyen los siguientes: 1) características del paciente, 2) características del médico, 3) relación médico-paciente, 4) característica de la enfermedad y 5) características del régimen (10).

Chesney en su estudio descubrió las barreras para la adherencia observadas en el tratamiento del VIH se asemeja a las barreras para el tratamiento exitoso de otras enfermedades crónicas: complejidad del régimen, efectos secundarios que provocan una mala tolerabilidad, factores del estilo de vida del paciente y relaciones entre el paciente y el proveedor. El tratamiento de la infección por el VIH ha demostrado que la colaboración entre el paciente y el proveedor puede dar como resultado la selección de un régimen adaptado al estilo de vida caracterizado por una dosificación conveniente, una baja cantidad de píldoras y efectos secundarios tolerables que mejoran la adherencia, la eficacia y la voluntad del paciente de seguir tomando antiinflamatorios(4).

Horne et al. En un estudio una cuarta parte de los participantes informó una baja adherencia al TARGA y esto se relacionó con las preocupaciones sobre los efectos adversos, así como con la forma en que cada individuo equilibró las preocupaciones con las percepciones de necesidad. Los pacientes eran significativamente más propensos a informar tasas bajas de cumplimiento si sus preocupaciones eran altas en relación con sus percepciones de la necesidad personal de TARGA(18).

Malcolm et al. En un estudio de Los pacientes con excelente adherencia expresaron los siguientes temas en comparación con los pacientes menos adherentes: (1) creían que las tasas de adherencia debían ser del 90-100% para la eficacia de la medicación; (2) confiaba mucho en sus proveedores primarios; (3) tomó medicamentos incluso cuando usaba activamente sustancias de abuso; (4) fueron abiertos acerca de su estado serológico y recibieron un apoyo social sustancial; (5) mencionaron mantenerse saludable como su principal motivación; (6) no estaban activamente deprimidos (19).

Murphy et al. determinó que solo el 28,3 % de los adolescentes informaron haber tomado todos los medicamentos antirretrovirales recetados en el mes anterior. El análisis factorial de las barreras para la adherencia indica que hay 2 factores que explican la mayor proporción de la varianza: (1) efectos adversos relacionados con la medicación (tanto físicos como psicológicos) y (2) complicaciones en las rutinas del día a día(20).

Alvis et al. determinaron que la prevalencia de incumplimiento es mayor que la reportada previamente en un mismo hospital, pero, aunque la heterogeneidad es diferente, es similar a la encontrada en diferentes estudios. Los factores psicosociales son los factores más importantes que afectan la falta de cumplimiento de la terapia antirretroviral(21).

Morales et al. Como se informa en la literatura médica, los efectos adversos de la terapia antirretroviral ocurren en un tercio de los casos y están relacionados con la no adherencia al tratamiento por parte de los pacientes evaluados con SIDA. Se recomienda que el personal de salud eduque sobre los efectos secundarios de esta terapia para que los pacientes se adhieran más al tratamiento(22).

Peñarrieta et al. Las tasas de incumplimiento en los últimos cuatro días y cuatro semanas fueron del 50% y 48%, respectivamente. Son muchos los factores para no adherirse al tratamiento, entre ellos no mantener el medicamento en un lugar específico, insatisfacción con el estado de salud actual y dificultades para manejar el tratamiento. Es probable que el sistema de salud modifique las enfermedades reconocidas, especialmente antes de iniciar el tratamiento(23).

2.2. Bases teóricas

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)

El VIH es un virus que se propaga a través de ciertos fluidos corporales y ataca el sistema inmunológico del cuerpo, especialmente las células CD4 (también conocidas como células T). Con el tiempo, el VIH destruye muchas de estas células, lo que hace que el cuerpo pierda Capacidad para combatir infecciones y enfermedades. Las células CD4 son células especiales que ayudan al sistema inmunológico a combatir las infecciones. Si el VIH no se trata, reducirá la cantidad de células CD4 (células T) en el cuerpo. Este daño al sistema inmunológico hace que sea cada vez más difícil combatir infecciones y otras enfermedades. El cáncer o la infección oportunista utiliza un sistema inmunológico muy débil, lo que indica

que la persona tiene SIDA. Obtenga más información sobre las etapas del VIH y cómo saber si está infectado(24).

Tratamiento antirretroviral de gran actividad

Desde 1996, la terapia HAART disponible ha tenido un gran impacto en el VIH / SIDA. TARGA consiste en una combinación personalizada de diferentes tipos de medicamentos recetados por los médicos según la carga viral del paciente, el recuento de linfocitos CD4 + y los síntomas clínicos. Los linfocitos CD4 + son glóbulos blancos que han sido infectados y destruidos por el VIH, lo que conduce al debilitamiento del sistema inmunológico y al SIDA. Aunque no existe cura, HAART puede controlar la carga viral y ayudar a retrasar la aparición de los síntomas, lo que resulta en una supervivencia más prolongada en las personas diagnosticadas con VIH / SIDA(25).

Con la terapia TARGA, las consecuencias médicas relacionadas con el VIH / SIDA han cambiado. Desde la introducción de esta terapia, ha habido menos diagnósticos nuevos de infecciones relacionadas con el VIH y ciertas complicaciones neurológicas (como la demencia causada por la infección por VIH). Sin embargo, han aumentado otros problemas del sistema nervioso (como daños en el sistema nervioso). Utilice esta terapia para tratar los nervios periféricos. También hay informes de que TARGA se asocia con niveles elevados de lípidos en sangre (incluido el colesterol), metabolismo anormal de la glucosa y otras complicaciones clínicas (como enfermedades cardíacas)(26).

Los expertos internacionales en salud pública aún no han considerado los medicamentos antirretrovirales como medicamentos esenciales, ni tampoco los han utilizado ampliamente en los países pobres donde el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) cobra más vidas. Como argumento en contra del uso de TARGA, se ha utilizado el alto costo del uso de estos medicamentos y la falta de la infraestructura necesaria para usarlos adecuadamente(27).

Adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad

La adherencia adecuada al TARGA es fundamental para lograr los efectos terapéuticos completos de los regímenes nuevos y altamente efectivos, se sabe muy poco sobre cómo los factores de personalidad y la calidad de vida específica del VIH pueden afectar la adherencia a estos regímenes de medicación(28). Los síntomas incidentes de depresión se asociaron con una adherencia subóptima posterior a la TARGA. El cribado agresivo continuo y el tratamiento de problemas

psicológicos pueden mejorar los resultados del TARGA(29). Los rasgos de personalidad como el neuroticismo se asociaron significativamente con una peor calidad de vida, mientras que la conciencia y la extraversión se asociaron con una mejor calidad de vida (28).

Se encontraron que el número medio de barreras de adherencia identificadas por persona fue del 4% y se encontró que el 72% tenía tres o más barreras. Los pacientes con alto riesgo de mala adherencia se benefician de la educación multidisciplinaria y de la identificación proactiva de las barreras de adherencia al exhibir una duración prolongada de la terapia y una mayor reducción de las cargas virales (30). Los medicamentos no funcionan en pacientes que no los toman y en el manejo de la infección por VIH ahora está bien establecido que la adherencia óptima a HAART es fundamental para el resultado exitoso de los pacientes que reciben terapia(31).

Escala de adherencia a la medicación de Morisky

La Escala de adherencia a la medicación de Morisky, también conocida como Escala de Morisky (MMAS-8), ha demostrado ser un recurso valioso para abordar las inquietudes sobre la adherencia, como olvidarse de tomar medicamentos o suspender los medicamentos sin orientación. Si un paciente obtiene una puntuación más alta en la escala, se evalúa como más adherente(32). Este es un test validado en castellano (Anexo 2).

3. METODOLOGÍA

3.1. Tipo y diseño de investigación

Tipo de investigación.

- **Enfoque de investigación:** Estudio cualitativo.
- **Finalidad de investigación:** Estudio Básico.
- **Alcance de la investigación:** Estudio Correlacional.
- **Periodo en que se capta la información:** Estudio Prospectivo.
- **Periodo en que se realiza la investigación:** Estudio Transversal.
- **Tipo de inferencia de la investigación:** Estudio Deductivo.

Diseño de investigación

- No Experimental

3.2. Población, muestra y muestreo

Estará constituida por los pacientes adultos con infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana en Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad atendidos en el Hospital Regional Lambayeque en el período marzo a mayo del 2021 y que cumplan los siguientes criterios de selección.

Tamaño muestral:

Datos

El objetivo es determinar el tamaño de muestra necesario para estimar una proporción con un determinado margen de error:

Nivel de confianza % :	95%
Tamaño de población :	Desconocido
Prevalencia esperada % :	50.00%
Error aceptado % :	5.00%

Resultados

Para poder calcular una proporción próxima a 50%, con un nivel de confianza del 95% y un margen de error de 5.00%, en una población de tamaño desconocido debemos tomar una muestra de 385 individuos.

Tamaño de muestra :	385
Fracción de muestreo :	-

3.3. Criterios de selección

Criterios de inclusión

Pacientes que cuenten con Seguro Social que pertenecen al programa TARGA y no son adherentes al tratamiento; mayor igual de 18 años hasta los 85 años, ambos sexos que pertenecen al departamento Lambayeque que precisan las variables en estudio.

Criterios de exclusión

Pacientes que no cuenten con Seguro Social, en tratamiento con antirretrovirales por una indicación distinta al TARGA, en tratamiento con drogas antituberculosas, niños y gestantes.

3.4. Variables de estudio y su operacionalización

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	INDICES	INDICADORES	TIPO	ESCALA
ADHERENCIA AL TARGA	La capacidad del paciente de implicarse correctamente en la elección, inicio y control del tratamiento antirretroviral (TAR).	Sí – No	Encuesta	Cualitativa	Nominal
EDAD	Tiempo que una persona ha vivido desde que nació	Años	Encuesta	Cuantitativa	Continua
TIEMPO DE ENFERMEDAD	Tiempo que pasa desde el diagnóstico de una enfermedad o el comienzo del tratamiento hasta que la enfermedad empieza a empeorar o se disemina a otras partes del cuerpo.	Años	Encuesta	Cuantitativa	Continua
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están	Analfabeto o Primaria Secundaria Superior	Encuesta	Cualitativa	Ordinal

	provisional o definitivamente incompletos.				
HOMOSEXUALIDAD	Atracción sexual que una persona siente hacia otra del mismo sexo	Sí – No	Encuesta	Cualitativa	Nominal
PROCEDENCIA	Origen, principio de donde nace o se deriva algo. Puede ser urbano o rural	Urbano – Rural	Encuesta	Cualitativa	Nominal

3.5. Métodos, técnicas y procedimientos

Una vez obtenida la aprobación del proyecto de investigación se gestionará la autorización para la ejecución del estudio en el Hospital Regional Lambayeque, y luego de la emisión del documento de autorización se procederá a la recolección de los datos en los ambientes de los servicios de Infectología. El tesista asumirá la recolección de información, en el horario de 7:00 am a 7: 00 pm. Se aplicará la prueba MORISKY GREEN para medir la adherencia.

En cada servicio el tesista entrevistará a los pacientes, para informarles del motivo de la investigación, explicando los objetivos y solicitando su participación, haciendo firmar el consentimiento informado a aquellos pacientes que acepten participar en el estudio voluntariamente (anexo 1). El estudio será evaluado y aprobado por el comité de investigación y ética de Facultad de Medicina Humana. Luego se procederá a aplicar uno a uno cada instrumento.

1. ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?	Sí	No
2. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?	Sí	No
3. Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?	Sí	No
4. Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?	Sí	No

* Se considera No Adherente; al contestar negativamente la 2da pregunta y afirmativamente las otras 3.

*Adherente: Debe contestar afirmativamente a la 2da pregunta y negativamente a las otras 3.

3.6. Análisis y procesamiento de datos

Los datos obtenidos serán consolidados en tablas estadísticas unidimensionales y bidimensionales y el análisis se realizará a través de cifras porcentuales.

Para el procesamiento de los datos se utilizará el software estadístico SPSS versión 22.0. y el Excel 2013 y para la comprobación de la hipótesis por ser una investigación comparativa se utilizará el estadístico de U de Mann-Whitney.

3.7. Consideraciones éticas

La presente investigación asume los principios éticos estipulados por la Declaración De Helsinki de la Asociación Médica Mundial, por lo que, este estudio buscará en todo momento proteger la vida, la salud, la intimidad y la dignidad del paciente participante del estudio; para lo cual el investigador se asegurará de cumplir con los principios científicos generalmente aceptados, y apoyarán sus decisiones en un profundo conocimiento del tema.

El investigador prestará una adecuada atención durante el desarrollo del estudio a los factores que puedan perjudicar la integridad e intimidad del participante, por lo que el estudio se desarrollará bajo la supervisión de un médico clínicamente competente.

El presente estudio no involucra ningún riesgo para la vida o salud del paciente, pues su único objetivo es conocer la no adherencia que puede estar presentando, y cuyos resultados beneficiarán a los internos pues al identificar la problemática se podrán implementar actividades de intervención con el fin de no perjudicar su salud.

El investigador se asegurará de respetar el principio de autonomía al momento de brindar la información sobre el estudio, objetivos, instrumentos que serán aplicados, confidencialidad de los datos de los participantes, métodos, fuentes de financiamiento, posibles conflictos de intereses y la posibilidad de retirarse del estudio sin implicancia alguna, buscando con ello la participación voluntaria de los pacientes, expresando su decisión con la firma del consentimiento informado.

El estudio será evaluado y aprobado por el comité de investigación y ética de FAMO

4. RESULTADOS

En nuestro estudio participó una población de 384 personas, la edad de los participantes vario entre 14,45 y 65 años con una media de 26,68. Respecto a los años enfermos, Figura 1, los encuestados tenían una media de 5,79 años enfermos con una desviación estándar de 4,7. En cuanto a los años de tratamiento figura 2, la media fue de 3,28 años con una desviación estándar de 3,47. Tabla 1. Además del total de encuestados 336 (88 %) llevaban entre 3- 8,67 años enfermos. Tabla 2.

Tabla 1. Características de los participantes del estudio

Variable	n	Media	D.E.	CV	Mín	Máx
Edad	384	26.68	10.42	39.07	14.45	65
años de enfermo	384	5.79	4.7	81.11	3	20
años de tratamiento	384	3.28	3.47	105.88	2	15

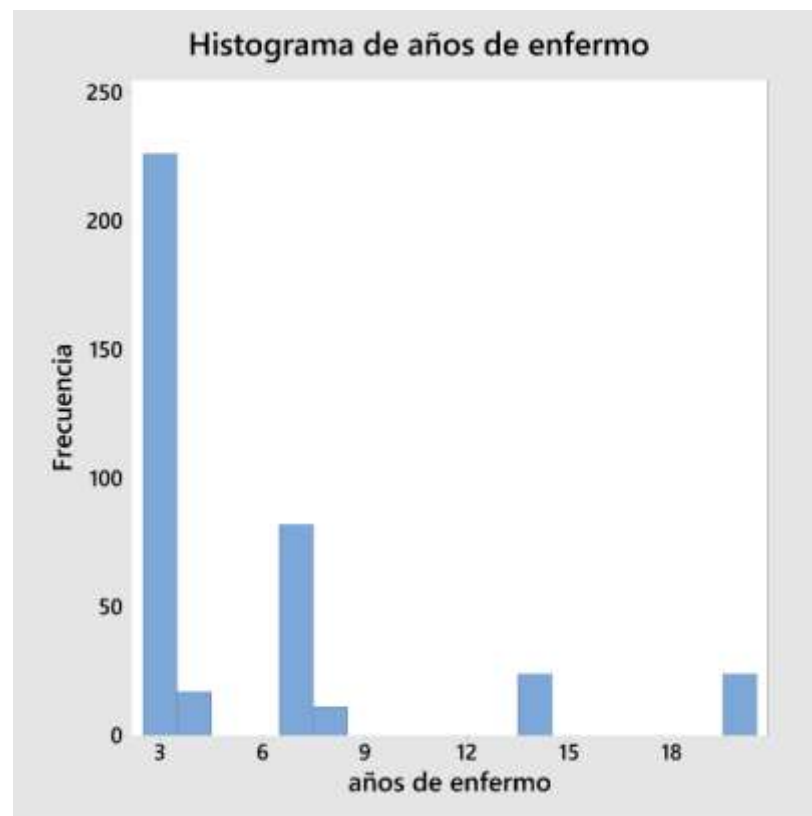


Figura 1. Años enfermo

Tabla 2. Años enfermo y años de tratamiento

Variable	LI	LS	N	%
años de enfermo	[3.00	8.67]	336	88%
años de enfermo	(8.67	14.33]	24	6%
años de enfermo	(14.33	20.00]	24	6%
años de tratamiento	[2.00	6.33]	336	88%
años de tratamiento	(6.33	10.67]	24	6%
años de tratamiento	(10.67	15.00]	24	6%

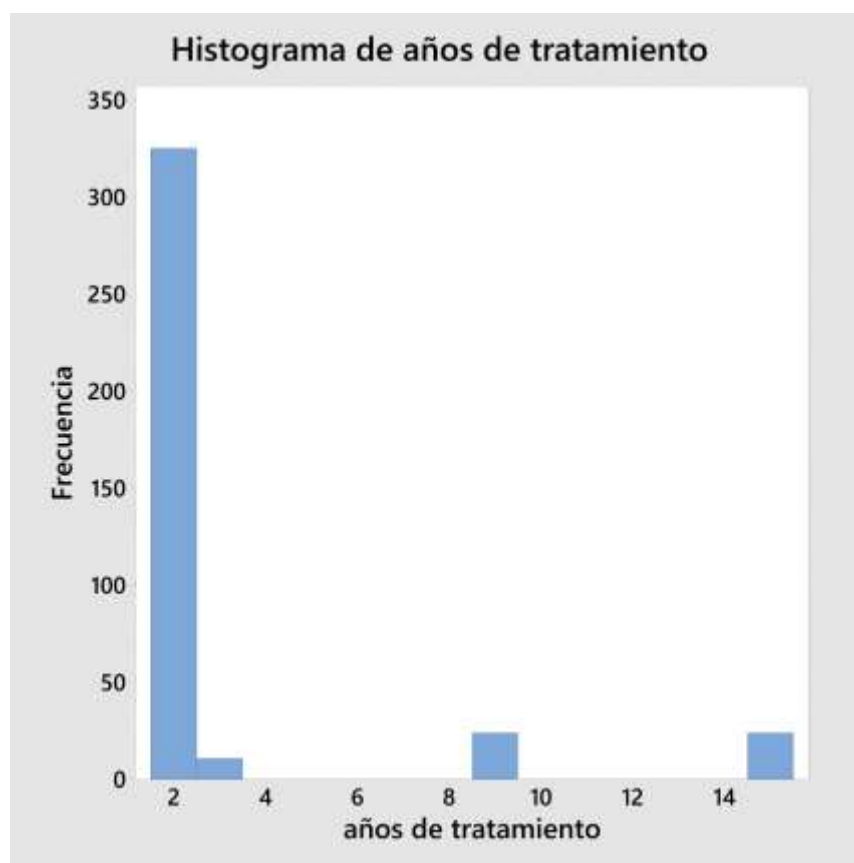


Figura 2. Años de tratamiento

En la tabla 3 observamos que 309(80 %) de los participantes tenían entre 14,45 – 31,3 años. La mayoría de los encuestados eran mujeres 216 (56 %) y 168(44 %) fueron hombres. 243 (63 %) de los encuestados cuentan con educación superior mientras que 141 (37 %) solo tienen estudios secundarios. Tabla 3. En cuanto a la procedencia la mayoría eran de Lambayeque 131 (34 %) y Lima 91 (24 %), los demás lugares de procedencia son mostrados en la Tabla 4.

Tabla 3. Edad de los encuestados

Variable	LI	LS	N	%
Edad	[14.45	31.30]	309	80%
Edad	(31.30	48.15]	45	12%
Edad	(48.15	65.00]	30	8%

Tabla 4. Sexo y grado de estudios de los encuestados

Sexo	N	%
Hombre	168	44%
Mujer	216	56%
Educación	N	%
Secundaria	141	37%
Superior	243	63%

Tabla 5. Lugar de procedencia

Procedencia	N	%
Amazonas	2	1%
Ancash	12	3%
Apurímac	2	1%
Arequipa	10	3%
Ayacucho	9	2%
Cajamarca	7	2%
Cusco	10	3%
Huánuco	6	2%
Ica	5	1%
Iquitos	3	1%
Junín	10	3%
La Libertad	21	5%
Lambayeque	131	34%
Lima	91	24%
Loreto	8	2%
Madre de Dios	2	1%
Moquegua	1	0%
Pasco	2	1%
Piura	19	5%
Provincia constitucional d..	2	1%
Puno	8	2%
San Martín	9	2%
Tacna	3	1%
Tumbes	3	1%
Ucayali	8	2%

En la tabla 6 podemos observar la correlación de Spearman entre las principales variables del estudio.

Tabla 6. Correlación de Spearman: Coeficientes\probabilidades

	Edad	años de enfermo	años de tratamiento	¿olvida alguna vez tomar l..	¿toma los medicamentos a l..	Cuando se encuentra bien ¿..	Si alguna vez se siente ma..
años de enfermo	0.87	1.00					
años de tratamiento	0.63	0.71	1.00				
¿olvida alguna vez tomar l..	0.02	-0.03	0.00	1.00			
¿toma los medicamentos a l..	0.00	0.04	0.00	0.03	1.00		
Cuando se encuentra bien ¿..	0.06	0.04	0.03	0.00	-0.01	1.00	
Si alguna vez se siente ma..	0.04	0.05	0.07	0.03	-0.02	-0.42	1.00
Adherente	0.02	-0.03	-0.04	-0.28	0.31	-0.09	-0.30

Al preguntar si alguna vez olvida tomar los medicamentos para su enfermedad 210 (54,7 %) respondieron que si mientras que 174 (45,3 %) no olvida tomar los medicamentos. Figura 3. De los 384 encuestados 224 (58,3 %) no toman los medicamentos a las horas indicadas y 160 (41,7 %) si lo hacen. Figura 4. 380 (88,5 %) de los participantes no dejan de tomar su medicamento cuando se encuentran bien mientras que 44 (11,5 %) si lo hacen. Figura 5. 163 (42,4 %) de los encuestados no dejan de tomar la medicación cuando se sienten mal y 221 (57,6 %) si dejan de tomar la medicación. Figura 6.

Al evaluar la adherencia 360 (93,8 %) resulto ser no adherente a su tratamiento mientras que 24 (6,3 %) si son adherentes a la medicación. Figura 7.

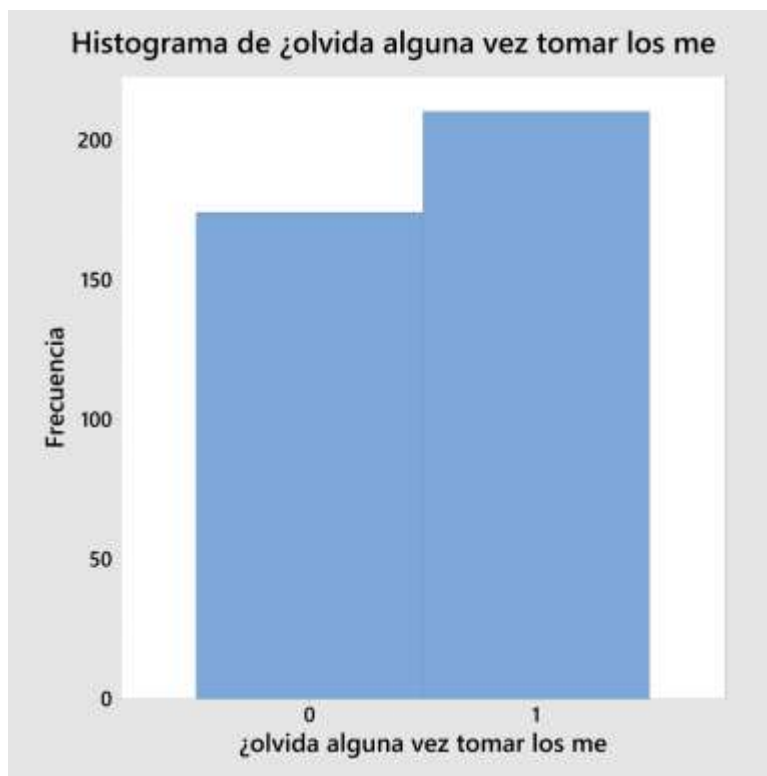


Figura 3. ¿olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?

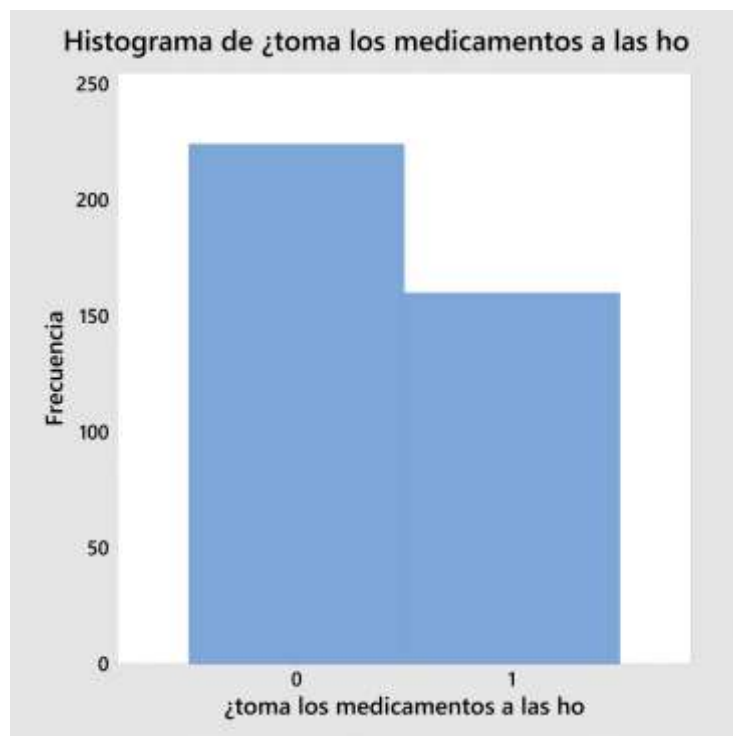


Figura 4. ¿toma los medicamentos a las horas indicadas?

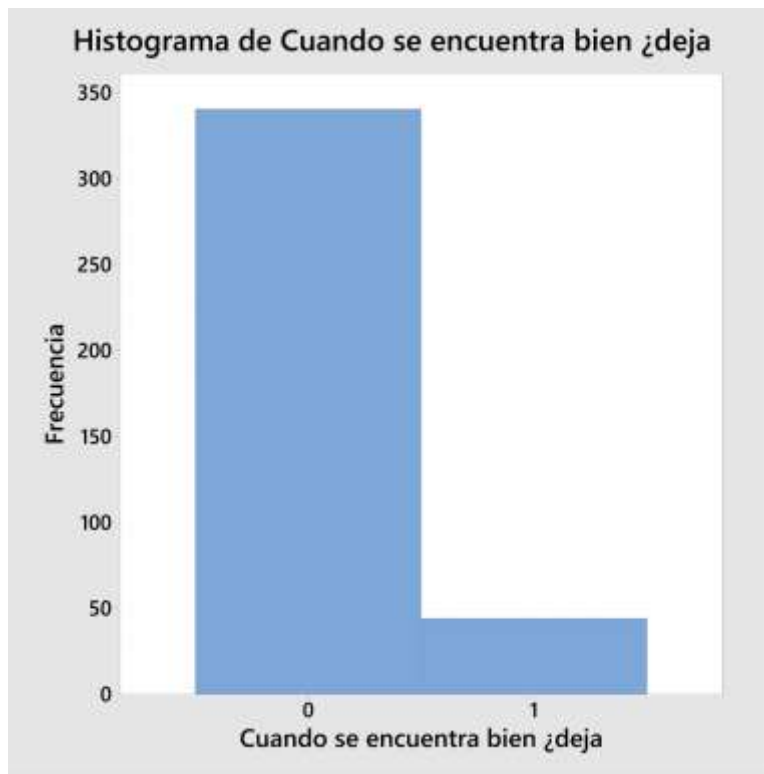


Figura 5 Cuando se encuentra bien ¿deja de tomar la medicación?

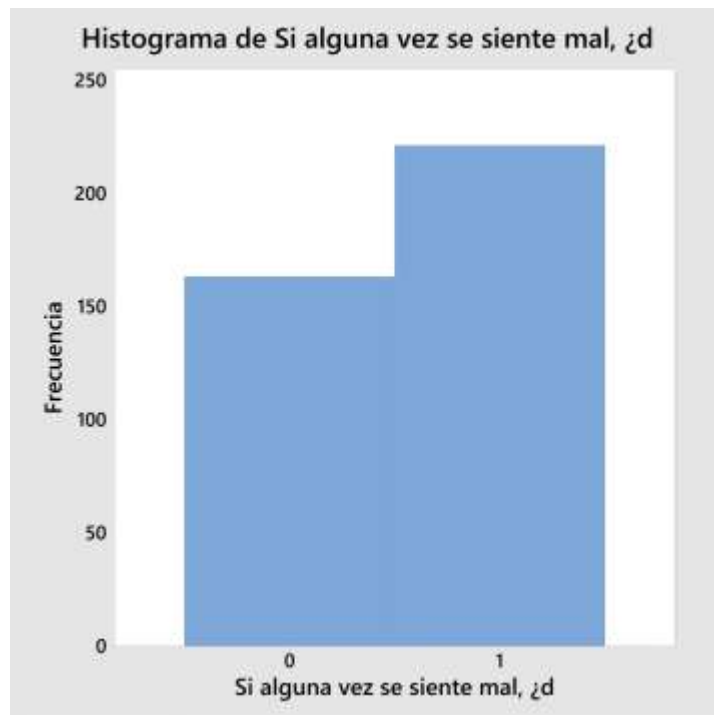


Figura 6. Si alguna vez se siente mal, ¿deja Ud. de tomarla?

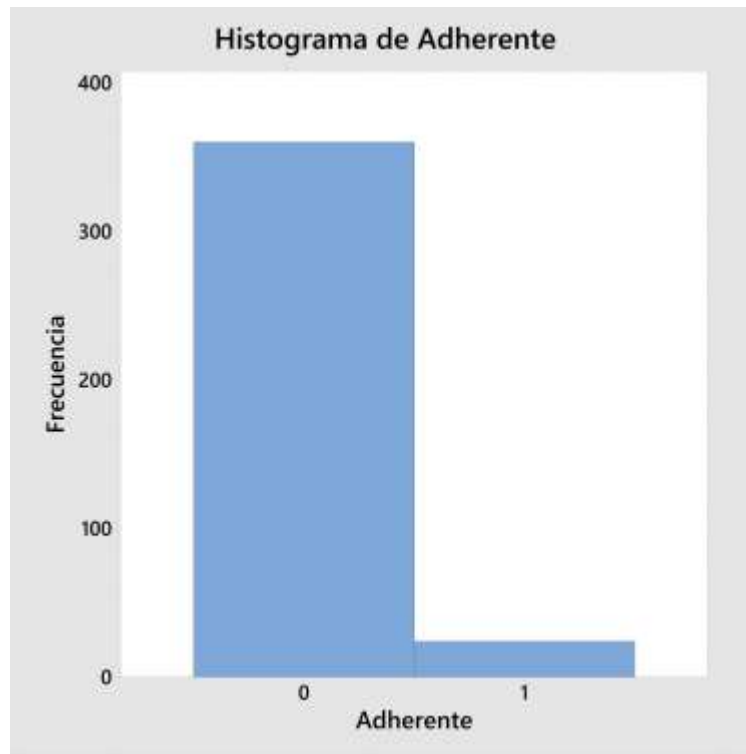


Figura 7. Adherencia al tratamiento

5. DISCUSIÓN

El objetivo principal de este estudio fue determinar los factores relacionados a la no adherencia al TARGA en los pacientes adultos con VIH que recibían dicho tratamiento en el Hospital Regional Lambayeque. El 80 % de la población estudiada se encuentra entre 14,45 y 31,30 años , se ha demostrado en otros estudios que existe una asociación entre una edad más joven y un mayor riesgo de incumplimiento del tratamiento lo que implica la necesidad de intervenciones focalizadas para apoyar la adherencia entre los adultos más jóvenes (33).

En los entornos en los que se dispone de TAR, la mortalidad y la morbilidad relacionadas con el SIDA se han reducido drásticamente (34). La adherencia es indispensable para el éxito del tratamiento del VIH; se estima que es necesaria una adherencia > 90% para suprimir adecuadamente la replicación viral y detener la progresión de la enfermedad (35). En este estudio se encontró un porcentaje de adherencia bajo de solo el 6,3 % a diferencia de un estudio en Brasil en el que la adherencia al tratamiento fue de 25 % (36). En varios estudios se ha demostrado que las razones más comunes dadas para omitir dosis están principalmente relacionadas con el olvido, tener una agenda ocupada, estar fuera de casa y tener síntomas físicos (34). Se encontró que 57,4 % de los encuestados olvida tomar sus medicamentos. Además en diversos estudios se ha demostrado que la complejidad del tratamiento se relaciona a la falta de adherencia, estableciéndose que la adherencia disminuye cuando aumenta el número de pastillas al día, la frecuencia de administración y cuando el tratamiento es prolongado en el tiempo (37).

Un importante porcentaje de pacientes abandona el tratamiento para evitar la sintomatología que les produce las reacciones adversas, por lo que varias investigaciones manifiestan que es un factor claramente relacionado con la adherencia (21). Esto también explica los cambios tempranos en el esquema terapéutico inicial, e incluso puede estar relacionada con la retirada del tratamiento (37). En este estudio 57,6 % dejan de tomar sus medicamentos cuando se sienten mal debido a los efectos adversos de los medicamentos, también se encontró que 11,5 % de los participantes dejan de tomar sus medicamentos cuando se sienten bien.

El acceso oportuno los centros de salud, la relación con el equipo médico, la comprensión de la necesidad del tratamiento y el seguimiento adecuado del paciente son elementos fundamentales para promover la adherencia, especialmente en los primeros meses tras el inicio del tratamiento. cuando pueden ocurrir reacciones adversas a los medicamentos, o se cometen errores en el uso de los antirretrovirales , o el paciente se olvida de tomar la medicación, entre otros factores que influyen de manera negativa a la adherencia (22).

6. CONCLUSIONES

- Se demostró que la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes adultos con VIH atendidos en el hospital regional de Lambayeque tiene un porcentaje de 6.3 % el cual representa una baja adherencia al tratamiento.
- Los factores principales a la no adherencia se correlacionan en primer lugar a la edad con el olvido de tomar los medicamentos, siendo a edad más joven (14 y 31 años) menos adherentes, así mismo se ha podido demostrar que un grado de instrucción superior esta en directa proporción con una adherencia baja y que hay una relación marcada a dicha disminución con el tiempo y año de enfermedad dentro del servicio TARGA de dicho hospital.

7. RECOMENDACIONES

- Se debe de implementar estrategias educativas sobre el manejo, control, beneficios y la importancia de tener niveles altos de adherencia al tratamiento antirretroviral dirigidos a los pacientes con VIH para motivarlos a continuar con su tratamiento.
- Se debe hacer un seguimiento a los pacientes y de esta forma identificar el nivel de adherencia al tratamiento, de esta forma se podra identificar posibles abandonos y reinsertar al paciente en su tratamiento.
- Realizar estudios cualitativos sobre los factores condicionantes a la no adherencia al tratamiento de antirretrovirales para poder profundizar el estudio.

8. BIBLIOGRAFÍA:

1. Douek DC, Roederer M, Koup RA. Emerging concepts in the immunopathogenesis of AIDS. *Annu Rev Med*. 2009 Feb;60(1):471–84.
2. Alufandika M, Lawrence DS, Boyer-Chammard T, Kanyama C, Ndhlovu CE, Mosepele M, et al. A pragmatic approach to managing antiretroviral therapy-experienced patients diagnosed with HIV-associated cryptococcal meningitis: impact of antiretroviral therapy adherence and duration. *AIDS*. 2020 Jul;34(9):1425–8.
3. UNAIDS. Global AIDS Update 2016. World Heal Organ. 2016;(March):422.
4. Chesney M. Adherence to HAART regimens. Vol. 17, *AIDS Patient Care and STDs*. Mary Ann Liebert Inc.; 2003. p. 169–77.
5. Mills EJ, Nachega JB, Bangsberg DR, Singh S, Rachlis B, Wu P, et al. Adherence to HAART: A Systematic Review of Developed and Developing Nation Patient-Reported Barriers and Facilitators. Attaran A, editor. *PLoS Med*. 2006 Nov;3(11):e438.
6. Hernán MA. The effect of combined antiretroviral therapy on the overall mortality of HIV-infected individuals. *AIDS*. 2010 Jan;24(1):123–37.
7. Ferry T, Raffi F, Collin-Filleul F, Dupon M, Dellamonica P, Waldner A, et al. Uncontrolled viral replication as a risk factor for non-AIDS severe clinical events in HIV-infected patients on long-term antiretroviral therapy: APROCO/COPILOTE (ANRS CO8) cohort study. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2009 Aug;51(4):407–15.
8. Ochieng W, Kitawi RC, Nzomo TJ, Mwatelah RS, Kimulwo MJ, Ochieng DJ, et al. Implementation and operational research: Correlates of adherence and treatment failure among Kenyan patients on long-term highly active antiretroviral therapy. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2015 Jun;69(2):e49–56.
9. Lima VD, Geller J, Bangsberg DR, Patterson TL, Daniel M, Kerr T, et al. The effect of adherence on the association between depressive symptoms and mortality among HIV-infected individuals first initiating HAART. *AIDS*. 2007 May;21(9):1175–83.
10. Williams A, Friedland G. Adherence, compliance, and HAART. *AIDS Clin Care*. 1997;9(7).
11. Puskas CM, Forrest JI, Parashar S, Salters KA, Cescon AM, Kaida A, et al. Women and vulnerability to HAART non-adherence: A literature review of treatment adherence

by gender from 2000 to 2011. Vol. 8, Current HIV/AIDS Reports. Springer; 2011. p. 277–87.

12. Stubbs BA, Micek MA, Pfeiffer JT, Montoya P, Gloyd S. Treatment partners and adherence to HAART in Central Mozambique. *AIDS Care - Psychol Socio-Medical Asp AIDS/HIV*. 2009 Nov;21(11):1412–9.
13. Byakika-Tusiime J, Crane J, Oyugi JH, Ragland K, Kawuma A, Musoke P, et al. Longitudinal antiretroviral adherence in HIV+ Ugandan parents and their children initiating HAART in the MTCT-plus family treatment model: Role of depression in declining adherence over time. *AIDS Behav*. 2009 Jun;13(SUPPL. 1):82–91.
14. Tadios Y, Davey G. Antiretroviral treatment adherence and its correlates in Addis Ababa, Ethiopia. Vol. 44, *Ethiopian Medical Journal*. 2006. p. 237–44.
15. Duran S, Spire B, Raffi F, Walter V, Bouhour D, Journot V, et al. Self-reported symptoms after initiation of a protease inhibitor in HIV-infected patients and their impact on adherence to HAART. *HIV Clin Trials*. 2001;2(1):38–45.
16. Ickovics JR, Meade CS. Adherence to HAART among patients with HIV: Breakthroughs and barriers. In: *AIDS Care - Psychological and Socio-Medical Aspects of AIDS/HIV*. Taylor & Francis Group ; 2002. p. 309–18.
17. Lanièce I, Ciss M, Desclaux A, Diop K, Mbodj F, Ndiaye B, et al. Adherence to HAART and its principal determinants in a cohort of Senegalese adults. *AIDS*. 2003;17.
18. Horne R, Buick D, Fisher M, Leake H, Cooper V, Weinman J. Doubts about necessity and concerns about adverse effects: Identifying the types of beliefs that are associated with non-adherence to HAART. *Int J STD AIDS*. 2004 Jan;15(1):38–44.
19. Malcolm SE, Ng JJ, Rosen RK, Stone VE. An examination of HIV/AIDS patients who have excellent adherence to HAART. *AIDS Care - Psychol Socio-Medical Asp AIDS/HIV*. 2003 Apr;15(2):251–61.
20. Murphy DA, Sarr M, Durako SJ, Moscicki AB, Wilson CM, Muenz LR. Barriers to HAART adherence among human immunodeficiency virus - Infected adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2003 Mar;157(3):249–55.
21. Alvis Ó, De Coll L, Chumbimune L, Díaz C, Díaz J, Reyes M. Factores asociados a la no adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en adultos infectados con el VIH-sida. *An la Fac Med*. 2012;70(4):266.
22. Morales G, Aragón M, Lara B. Factores asociados con la no adherencia a la terapia antirretroviral en personas con síndrome de inmunodeficiencia adquirida. *Rev méd hondur*. 2009;77(2):63–6.
23. Peñarrieta MI, Kendall T, Martinez N, Riviera AM, Gonzales N, Flores F, et al. Adherencia al tratamiento antirretroviral en personas com VIH em Tamaulipas,

México. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2009;26(3):333–7.

24. Weiss RA. How does HIV cause AIDS? Science (80-). 1993 May;260(5112):1273–9.
25. Palella FJ, Delaney KM, Moorman AC, Loveless MO, Fuhrer J, Satten GA, et al. Declining Morbidity and Mortality among Patients with Advanced Human Immunodeficiency Virus Infection. N Engl J Med. 1998 Mar;338(13):853–60.
26. Greenwald JL, Burstein GR, Pincus J, Branson B. A rapid review of rapid HIV antibody tests. Vol. 8, Current Infectious Disease Reports. Curr Infect Dis Rep; 2006. p. 125–31.
27. Farmer P, Léandre F, Mukherjee J, Gupta R, Tarter L, Yong Kim J. Tratamiento comunitario de la infección avanzada por el VIH: introducción del tratamiento DOT-HAART (tratamiento bajo observación directa con antirretrovirales de gran potencia) : mesa redonda. Boletín la Organ Mund la Salud la Rev Int salud pública recopilación artículos. (6):77–83.
28. Penedo FJ, Gonzalez JS, Dahn JR, Antoni M, Malow R, Costa P, et al. Personality, quality of life and HAART adherence among men and women living with HIV/AIDS. J Psychosom Res. 2003 Mar;54(3):271–8.
29. Kacanek D, Jacobson DL, Spiegelman D, Wanke C, Isaac R, Wilson IB. Incident depression symptoms are associated with poorer HAART adherence: A longitudinal analysis from the nutrition for healthy living study. J Acquir Immune Defic Syndr. 2010 Feb;53(2):266–72.
30. Frick P, Tapia K, Grant P, Novotny M, Kerzee J. The Effect of a Multidisciplinary Program on HAART Adherence. AIDS Patient Care STDS. 2006 Jul;20(7):511–24.
31. Shah CA. Adherence to High Activity Antiretroviral Therapy (HAART) in pediatric patients infected with HIV: Issues and interventions. Vol. 74, Indian Journal of Pediatrics. Springer; 2007. p. 55–60.
32. Morisky DE, Ang A, Krousel-Wood M, Ward HJ. Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. J Clin Hypertens. 2008 May;10(5):348–54.
33. Watt MH, Maman S, Golin CE, Earp JA, Eng E, Bangdiwala SI, et al. Factors associated with self-reported adherence to antiretroviral therapy in a Tanzanian setting. AIDS Care - Psychol Socio-Medical Asp AIDS/HIV [Internet]. 2010;22(3):381–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20390519/>
34. Remien RH, Bastos FI, Terto V, Raxach JC, Pinto RM, Parker RG, et al. Adherence to antiretroviral therapy in a context of universal access, in Rio de Janeiro, Brazil. AIDS Care - Psychol Socio-Medical Asp AIDS/HIV [Internet]. 2007;19(6):740–8. Available from:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3539169/pdf/nihms430363.pdf>

35. Gordon LL, Gharibian D, Chong K, Chun H. Comparison of HIV Virologic Failure Rates between Patients with Variable Adherence to Three Antiretroviral Regimen Types. *AIDS Patient Care STDS* [Internet]. 2015;29(7):384–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26114665/>
36. Silva JAG, Dourado I, de Brito AM, da Silva CAL. Fatores associados à não adesão aos antirretrovirais em adultos com AIDS nos seis primeiros meses da terapia em Salvador, Bahia, Brasil. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2015;31(6):1–11. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015000601188&lng=en&nrm=iso&tlng=en
37. Alvis Ó, De Coll L, Chumbimune L, Díaz C, Díaz J, Reyes M. Factores asociados a la no adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en adultos infectados con el VIH-sida. *An Fac med* [Internet]. 2009;70(4):266–72. Available from: <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v70n4/a07v70n4>

9. ANEXOS (Rectificaciones organizacionales, esquemas, gráficos, planos, definición de términos, etc.)

Anexo N°1: Consentimiento Informado



CONSENTIMIENTO INFORMADO



Estimado Señor(a):

Nombre y Apellido:

Fecha:

Investigador responsable: _____

Al contestar este cuestionario, de forma voluntaria, estará participando de una investigación que lleva como nombre: **Factores asociados a la no adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH**

La información que proporcione será utilizada para fines de esta investigación y podrán ser publicadas en distintos medios de su competencia.

Se garantiza que su identidad será de carácter confidencial.

Las respuestas aquí contenidas serán expresadas sólo en términos de porcentajes. Cualquier duda o consulta, realícela a la investigadora en el momento de ser entregado este documento.

Se solicita responder la totalidad de las respuestas del cuestionario y hacerlo de la manera más clara posible.

Muchas gracias por su cooperación.

Encuestado(a)
DNI N°

Bach. De Medicina Humana

Anexo N°2: Encuesta

Prueba MORISKY GREEN

Nombre:

Edad:

Sexo:

Oficio:

Lugar de procedencia:

Años con la enfermedad:

Años de tratamiento:

1. ¿olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?	Si	No
2. ¿toma los medicamentos a las horas indicadas?	Si	No
3. Cuando se encuentra bien ¿deja de tomar la medicación?	Si	No
4. Si alguna vez se siente mal, ¿deja Ud. de tomarla?	Si	No

* Se considera No Adherente; al contestar negativamente la 2da pregunta y afirmativamente las otras 3.

*Adherente: Debe contestar afirmativamente a la 2da pregunta y negativamente a las otras 3.