

**UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE  
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**EFFECTOS ADVERSOS Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN  
ADULTOS CON VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA.  
HOSPITAL VIRGEN DE LA PUERTA – TRUJILLO, 2019**

Línea de Investigación

Cuidado de Enfermería en la promoción de la salud, prevención de la enfermedad  
en grupos de riesgo.

**AUTORAS:**

Br. Alvarado Casanova Norma

Br. Barreno Luna Victoria Ana Elizabeth

**ASESORA:**

Ms. Enf. Cueva Loyola Flor Emperatriz

Trujillo – PERÚ

2020

Fecha de Sustentación: 14/08/2020

## DEDICATORIA

*A mis padres Víctor y Aurora, a mis hermanos, por estar siempre a mi lado dándome ánimos para no rendirme, y por darme la fortaleza en todo momento para terminar mi carrera.*

*A mi hija Alisson, por ser fuente de inspiración, motor y motivo para seguir adelante y lograr todas mis metas trazadas.*

*A mi hermano Ricardo, quien siempre quiso verme profesional, partiste dejando un enorme vacío en mi corazón, fue difícil continuar sin ti pero tu recuerdo me da fuerzas para seguir superándome.*

**Norma**

## DEDICATORIA

*A Luis Ríos Ruiz por creer en mí, por tu amor y apoyo incondicional para continuar con la meta trazada de ser profesional, gracias a ti, este logro es de los dos, siempre serás el gran amor de mi vida.*

*A mi hijo Mateo que día a día me enseña lo fuerte que uno puede llegar a ser y que me dio la fuerza para sobrellevar los obstáculos que se presentaron, siendo hoy más que nunca mi inspiración con tus palabras de ánimo y de orgullo.*

*A Mis tías Anita y Tereza Galvés por su apoyo cuando mas las necesitè y por darme la oportunidad de culminar la carrera, y finalmente gracias a las personas que de una forma u otra permitieron que esta meta sea lograda.*

**Ana**

## AGRADECIMIENTO

A:

*Dios, nuestros padres, hijos, familiares y a todas las personas que nos brindaron su apoyo para la culminación de nuestra tesis.*

*A nuestra asesora Ms. Flor Emperatriz Cueva Loyola, fue un privilegio tenerla como guiadora académica, gracias por su paciencia, apoyo, motivación y tiempo compartido con nosotras.*

*A las personas con VIH por su tiempo y disposición para apoyar nuestro trabajo de investigación.*

**Norma y Ana**

## RESUMEN

La presente investigación de tipo descriptiva- correlacional, se realizó con la finalidad de determinar la relación entre los efectos adversos y la adherencia al tratamiento en pacientes adultos con VIH.

La población en estudio estuvo conformada por 202 pacientes que acuden a consulta externa del programa de soporte para pacientes con VIH del hospital Alta complejidad Virgen de la Puerta. Para evaluar la presencia de efectos adversos se utilizó el reporte de sospecha de reacciones adversas a medicamento antirretroviral de Arnao V y Ramírez T. (2010), y el test Morisky-Green sobre cumplimiento autocomunicado, es un método indirecto de medición basado en la entrevista voluntaria, con un alfa de Crombach de 0.83, según su autor.

Los resultados evidencian que existen efectos adversos los cuales se representan de acuerdo al grado de severidad encontrándose el 25.7% de los casos en grado 3, 70.3% en grado 2 y 4% en grado 1, y respecto a la adherencia hallamos que de 202 pacientes el 19.3% son adherentes y no adherentes el 80.7%. Se aplicó la prueba Chi-Cuadrado mediante tablas de contingencia para comparar las variables efectos adversos y adherencia al tratamiento, con un valor de 46.458, y un nivel de significación  $p < 0.001$ , concluyendo que las variables presentan relación entre sí.

**Palabras claves:** Efectos adversos – Adherencia al tratamiento- medicamento antirretroviral

## ABSTRACT

This descriptive-correlational research was carried out with the purpose of determining the relation between adverse effects and adherence to treatment in adult patients with HIV.

The study population consisted of 202 patients who attend an outpatient program for the support program for patients with HIV from the High complexity hospital Virgen de la Puerta. To assess the presence of adverse effects, the report of suspected adverse reactions to antiretroviral medication by Arnao V and Ramirez T. (2010), and the self-reported compliance test, by Morisky DE, Green LW, Levine D (1986), were used. It is an indirect method of measurement based on the voluntary interview, with a Cronbach alpha of 0.83, according to its author.

The results show that there are adverse drug reactions which are represented according to the degree of severity being 25.7% of cases in grade 3, 70.3% in grade 2 and 4% in grade 1, regarding adherence we find that of 202 patients the 19.3% are 80.7% adherent and non-adherent, with a value of 46.458, and a level of designation  $p < 0.001$ , including that the variables have a relation with each other.

**Keywords:** Adverse drug reaction - medication Adherence- antiretroviral drugs

## TABLA DE CONTENIDOS

	Pág.
DEDICATORIA.....	i
AGRADECIMIENTO.....	iii
RESUMEN .....	iv
ABSTRACT.....	v
TABLA DE CONTENIDOS.....	vi
ÍNDICE DE TABLAS .....	vii
ÍNDICE DE GRÁFICOS .....	viii
I.    INTRODUCCIÓN.....	01
II.   MARCO DE REFERENCIAS.....	06
III.  METODOLOGIA .....	31
IV.  RESULTADOS.....	35
V.   DISCUSIÓN .....	39
VI.  CONCLUSIONES.....	44
VII. RECOMENDACIONES .....	45
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	46
ANEXOS .....	53

## ÍNDICE DE TABLAS

Pág.

### **TABLA 1**

EFFECTOS ADVERSOS AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN ADULTOS CON VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA. HOSPITAL VIRGEN DE LA PUERTA – TRUJILLO, 2019.....34

### **TABLA 2**

EFFECTOS ADVERSOS AL TRATAMIENTO SEGÚN GRADO DE SEVERIDAD DE LOS EFFECTOS ADVERSOS EN ADULTOS CON VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA. HOSPITAL VIRGEN DE LA PUERTA – TRUJILLO, 2019. ....36

### **TABLA 3**

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ADULTOS CON VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA. HOSPITAL VIRGEN DE LA PUERTA – TRUJILLO, 2019.....36

### **TABLA 4**

RELACIÓN ENTRE LOS EFFECTOS ADVERSOS Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ADULTOS CON VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA. HOSPITAL VIRGEN DE LA PUERTA – TRUJILLO, 2019 .....37





## **I. INTRODUCCION.**

### **1.1. PROBLEMA DE LA INVESTIGACION.**

#### **a. Descripción de la realidad problemática**

La infección producida por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). Se mantiene aun siendo un importante problema para la salud pública mundial, especialmente en los países de bajos o medianos recursos, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el 2018, a nivel mundial 32 millones de vidas se cobraron por este virus, y 37.9 millones de personas se infectaron con el VIH (1).

El año 2018, el 62% de las personas adultas, y el 54 % de niños de países bajos y medianos ingresos se encontraban recibiendo tratamiento antirretroviral (TARV) de por vida. Al término del año 2018, se considera que el 79% de las personas con el VIH conocían su estado serológico. Se estima que 23,3 millones de personas infectadas con el VIH (el 62% del total) se encontraban recibiendo tratamiento antirretroviral y que el 53% consiguió anular el virus y de esta manera se redujo la posibilidad de contagiar a otros (2).

En todo el mundo, entre las personas que viven con el VIH de 15 años en adelante, la cobertura de la terapia antirretroviral en el año 2019 fue más alta para las mujeres que para los hombres. Según numerosos estudios, los hombres tienen menos posibilidades que las mujeres de realizarse una prueba del VIH para iniciar un tratamiento y adherirse a él. Como consecuencia, los resultados clínicos en varones son peores y es más probable que mueran por causas relacionadas con el sida. El bajo uso que hacen los hombres de los servicios para el VIH refleja el patrón comportamental masculino en lo relativo a las enfermedades (3).

Sin embargo; a pesar de que el TARV disminuye la carga viral, y evita complicaciones en el paciente con VIH, este trae efectos adversos que podrían influir en su adherencia. Así un estudio en México sobre los efectos

secundarios agudos o crónicos del TARV y apego en pacientes con VIH encontraron que la fatiga o debilidad, el vómito, las náuseas y la diarrea eran los efectos secundarios agudos más comunes. Los efectos secundarios como la lipodistrofia por los signos que causa y la desconfianza se asocia con el no apego al Tratamiento antirretroviral, concluyendo que los pacientes con VIH que reciben TARV y que reportaron un efecto crónico tienen mayor probabilidad de no apego (4).

En Paraguay realizaron un estudio, en 190 pacientes, de los cuales el 31% presentaron efectos adversos al TARV, el 51% de las reacciones adversas atribuidas a los Inhibidores de la transcriptasa inversa análogos nucleótidos (ITIAN), el 21% de las reacciones adversas presentadas por la población en estudio, siendo la zidovudina la causante de esta reacción en la mayoría de los casos (5).

Respecto a estadísticas nacionales, para febrero del 2018 en el Perú existen 120 389 personas que contrajeron el VIH Y 43 072 de casos de Sida acumulados desde el año 1983. Lima tiene 2211 casos notificados y 861 de SIDA, seguida por el callao con 343 casos de VIH y 52 de SIDA, Loreto 424 de VIH y 23 casos de SIDA, seguido por Arequipa con 242 casos de VIH Y 52 de Sida (6,7).

Los casos de VIH de Lima y Callao sumados a los casos de Loreto, La Libertad, Arequipa, Ica y Lambayeque; representan el 80.7% de todos los casos de VIH notificados en el período 2000 a 2018. Para los casos de Sida notificados, el 80.2% de ellos se concentran en Lima, Callao, Loreto, Ica y Arequipa (6).

Investigaciones actuales, en el Perú, refieren que la probabilidad de una mujer de contagiarse por VIH no es de forma directa, se afirma que se infecta por mantener relaciones sexuales con su pareja usual; mientras que el varón por lo regular la contrae por sexo con parejas casuales, masculinas o femeninas. Por el tipo de contagio esta pandemia presente en

el Perú, un homosexual (HSH) tiene 33 veces más probabilidades de contraer VIH que una persona de la población general (8).

A nivel regional según el reporte del Centro Nacional de Epidemiología de prevención y control de enfermedades el número de casos en la Libertad en el año 2018 se reportaron 552 casos nuevos con VIH y 52 de sida, En el 2019 se reportaron 431 casos nuevos con VIH y 25 de Sida. A nivel local hasta el año 2018 se han notificado 358 casos nuevos de pacientes con VIH. Y En el Hospital Virgen de la Puerta, en el 2018 se notificaron 489 casos acumulados, siendo la misma cantidad para el 2019.

En el 2018 hasta diciembre la relación es 3.7 hombres por una mujer en los casos diagnosticados de infección VIH, y para los casos SIDA es 4.5 hombres por una mujer (9,10).

De esta manera para disminuir la morbilidad y la mortalidad por VIH/SIDA, es muy importante el TARV. Sin embargo, los medicamentos antirretrovirales producen reacciones adversas a corto y largo plazo que pueden generar dudas en las personas para continuar o no con el tratamiento, esta situación se ha podido evidenciar en el Hospital Virgen de la Puerta en Trujillo, donde los pacientes refieren molestias con el tratamiento tales como: náuseas, vómitos, disminución de peso, deformidad del cuerpo, anemia, etc. Al tener estas molestias se sienten discriminados y por ende se aíslan de la sociedad incluso de su familia; asimismo existen pacientes que al sentirse bien descuidan el tratamiento. Situación que los califica como personas no adherentes al tratamiento en el programa de soporte para pacientes con VIH (11).

## **b. Formulación del problema**

¿Existe relación entre los efectos adversos y la adherencia al tratamiento en adultos con virus de inmunodeficiencia humana atendidos en el Hospital Virgen de la Puerta – Trujillo, 2019?

## **1.2. OBJETIVOS**

### **1.2.1. OBJETIVO GENERAL.**

Determinar la relación entre los efectos adversos y la adherencia al tratamiento en el adultos con Virus de inmunodeficiencia humana atendidos en el Hospital de Alta Complejidad - Trujillo, 2019.

### **1.2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar los efectos adversos al tratamiento antirretroviral.
- Identificar la presencia de efectos adversos según el grado de severidad en el adulto con virus de inmunodeficiencia humana.
- Identificar la adherencia al tratamiento antirretroviral en el adulto con virus de inmunodeficiencia humana.
- Identificar la relación de efectos adversos y la adherencia al tratamiento antirretroviral.

## **1.3. JUSTIFICACIÓN**

Cada año aumentan los casos de adultos con VIH, y se puede evidenciar que los pacientes en fase de síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) han disminuido, esto es por la administración del TARV, el cual ha desempeñado un rol esencial en disminución de la carga viral, el diagnóstico y tratamiento, lo que conlleva a que el paciente tenga acceso a la terapia de manera inmediata (8).

A pesar de los avances en el TARV, la situación actual del VIH-SIDA en el Perú se torna preocupante por el aumento de casos, sobre todo a la evolución a Sida y aunque el TARV reduce de manera notoria la mortalidad y morbilidad en la población que tiene VIH, encontramos abandono del tratamiento. Esta interrupción del tratamiento está vinculada a que empeore la función inmunitaria y los pacientes desarrollen el SIDA; aumentando con ello los casos de morbilidad y mortalidad (12).

Se consideró importante la presente investigación porque permitirá aumentar el conocimiento sobre Efectos adversos al tratamiento y su relación con la adherencia al tratamiento antirretroviral en el adulto con el virus de inmunodeficiencia humana.

Resulta primordial aumentar el conocimiento sobre los efectos adversos de los fármacos antirretrovirales relacionados con el abandono, asimismo, los pacientes deben ser debidamente informados respecto a los medicamentos que se les prescribirá, que conozcan los horarios, la correcta administración, y sobre todo explicarle detalladamente lo relacionado con los efectos adversos que pueden ocurrir al tomar los medicamentos, y las consecuencias de la no adherencia al tratamiento, que produce inmunosupresión y por ende trae consigo contraer enfermedades graves. El desconocimiento sobre el tratamiento antirretroviral y la existencia de algunos pacientes que no logran adaptarse al cambio que conlleva seguir el TARV puede afectar el cumplimiento continuo del mismo, y de esta manera conllevar a la fase de Sida al paciente (11,13).

El resultado obtenido en la investigación permitirá a los profesionales de la salud y en especial al profesional de enfermería a elaborar estrategias para sensibilizar y concientizar a la persona portadora del virus sobre su enfermedad, la importancia del tratamiento antirretroviral y las consecuencias que trae el abandono.

## II. MARCO DE REFERENCIA

### 2.1. ANTECEDENTES

Balcindes S. Martín L y otros, en el 2018 en Cuba. Investigaron Adherencia al tratamiento en pacientes VIH del policlínico universitario “Luis Galván Soca” Centro Habana. Resultados fueron que, el 75.8% de pacientes que se encuentran adheridos al tratamiento, el 95.5% expresan que tienen conocimientos correctos acerca de la enfermedad y el tratamiento del VIH/sida, un 77.3% considera que el tratamiento es beneficioso para ellos, el 74.2% considera que resuelven con el tratamiento, la mayoría refiere contar con el apoyo familiar y los pacientes adheridos se consideran satisfechos con la atención recibida y el 95.5% considera adecuada la comunicación paciente y equipo de salud (14).

Pérez J. Pérez D y otros, en el 2016 en México, investigaron efectos secundarios del tratamiento antirretroviral y apego en pacientes con VIH. Concluyendo que los efectos secundarios agudos más frecuentes fueron, fatiga o debilidad, vómito, diarrea y náuseas y el efecto crónico más frecuente fue la lipodistrofia. Así mismo, los factores asociados con el no apego al TAR fueron los efectos secundarios crónicos y la desconfianza al mismo (15).

Vilató L Martín L otros, en el 2015 en Cuba, investigaron adherencia terapéutica y apoyo social percibido en personas que viven con VIH/SIDA. Los resultados fueron prevaleció el nivel parcial de adherencia y desde el punto de vista estructural el componente más afectado fue la relación transaccional entre pacientes y equipo de salud. La relación médico-paciente no propicia el establecimiento de estrategias conjuntas para garantizar el cumplimiento del tratamiento. El estudio arrojó que las personas que viven con VIH incluidas en el estudio presentaron una

elevada necesidad percibida de apoyo social, poca satisfacción con la ayuda recibida e insuficientes expectativas de apoyo social (16).

Cieza T, en el 2016 en Tarapoto, investigó Factores asociados con las reacciones adversas al tratamiento antirretroviral inicial en personas mayores de 18 años viviendo con VIH-sida en el Hospital II-2 Tarapoto, se encontró una incidencia acumulada de 54.3 % de efectos adversos al TARGA inicial. La anemia fue la reacción adversa más frecuente estuvo presente en el 19.7% de los casos, le siguen en importancia los mareos registrados en 12,6%, el rash dérmico y las náuseas con el 5,5% respectivamente (17).

Aguilar H, Salazar S, 2008, Iquitos, determinaron la causalidad y gravedad de las RAM's en la terapia antirretroviral en pacientes del Hospital Regional de Loreto. De 184 pacientes encontraron una incidencia del 27,72% de RAM's al TARGA. Según la gravedad de las RAM's al TARGA, el 50,98% fue leve, el 39,22% fue moderado y el 9,80% fue severo. Según el estadio de la enfermedad, la mayor prevalencia de RAM's se presentó en el estadio SIDA (60,78%). Las reacciones adversas más graves que se encontraron con mayor frecuencia corresponden al esquema especial 1 (AZT/3TC/EFV) con el 60,78%. La relación de causalidad de las reacciones adversas al TARGA fue definida en el 68,6%, posible en el 1,96%, probable en el 25,49% y condicional en el 3,92%. La adherencia de pacientes que presentaron RAM's al TARGA fue del 54,90% y la no adherencia fue del 45,10%. En el estudio determinaron que el sexo masculino presentó 74% de RAM's al TARGA y el femenino 26%. La incidencia de RAM's es mayor en la población de 15 a 35 años representando el 62,75% del total. Concluyeron que anemia fue la reacción adversa más frecuente, representando el 17,7%, seguida de mareo (13,7%) y cefalea (7,8%) (18).



Matute N, en el 2016 en Trujillo, investigó Factores predictores: factores adversos, depresión, consumo de alcohol de la adherencia no adecuada al tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) en pacientes que viven con VIH/SIDA. Los resultados fueron que se encontraron como variables predictoras a las reacciones adversas, síntomas depresivos, consumo de alcohol frecuente (19).

## **2.2: MARCO TEORICO**

El virus de inmunodeficiencia humana fue diagnosticado por primera vez en 1981 en personas homosexuales de la ciudad de san Francisco, en Estados Unidos. Se cree que pudo estar presente en comunidades muy aisladas de África central. Siendo hoy en día un grave problema a nivel mundial ya que son cada vez más personas que se contagia por VIH (20).

El VIH, Virus de Inmunodeficiencia Humana pertenece a la familia Retroviridae, es una enfermedad crónica que es transmitida de persona a persona con avance progresivo, en la que se logra establecer una relación muy variada entre huésped y virus que se caracteriza por un compromiso marcado de la inmunidad celular, con una disminución marcada de los linfocitos CD4; desde el aspecto clínico, en las etapas tardías de la enfermedad, pueden existir infecciones graves por microorganismos oportunistas y aparecer neoplasias como el sarcoma de Kaposi, que definen el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) (20).

Las células receptoras del VIH son las moléculas de linfocitos CD4 que se encuentran en la superficie de una subpoblación de linfocitos T. Para lo cual se requiere también un correceptor CCR5 y CXCR4 para la infección, de esta manera utilizan este receptor para adherirse y/o acoplarse a esas células, las células dendríticas transportan el VIH a los quistes linfáticos donde se produce que el virus infecte a los linfocitos. El VIH presenta en su interior enzimas como la transcriptasa reversa,

proteasa y la integrasa, necesarias para su replicación en el hospedero (21).

Los linfocitos CD4 son las células que el VIH invade. El virus está presente en numerosos líquidos del organismo, en particular, la sangre y las secreciones genitales. Las etapas de la replicación del virus son las siguientes (22).

- Acoplamiento, unión al correceptor y fusión. El VIH tiene proteínas que son atraídas con fuerza hacia el receptor CD4 que se encuentra en la superficie de un linfocito-T CD4. El VIH se une al receptor CD4 y activa otras proteínas presentes en la membrana de la célula (correceptores el CCR5 o el CXCR4) que permiten que ambas superficies se fusionen. Después de la fusión, el VIH libera ácido ribonucleico (ARN) dentro de la célula diana.

- Transcripción inversa. El ARN es el material genético del VIH, para actuar sobre la célula primero tiene que ser convertido en ADN. La transcriptasa inversa es la proteína viral que se encarga de convertir la cadena simple de ARN vírico en una cadena doble de ADN. Este nuevo ADN se llamará ADN proviral o provirus.

- Integración. El ADN proviral del VIH es conducido al núcleo de la célula ocupada, donde la enzima viral integrasa incorpora el ADN vírico dentro del propio ADN de la célula. Desde el momento, que la célula produce nuevas proteínas, también comienza a producir nuevas copias del VIH.

- Transcripción. Cuando la célula diana recibe una señal para volverse activa, el provirus comienza a utilizar la polimerasa, para crear copias del material genético del VIH. Como el ADN no puede abandonar el núcleo de la célula, el material genético se transcribe a ARN, que sí puede atravesar las paredes del núcleo celular. El ARN sirve como patrón para la formación de cadenas largas de proteínas del VIH.

- Traducción. Proteínas tempranas: enzimas y otras proteínas para la replicación. Proteínas tardías: proteínas estructurales.

- Replicación. El virus RNA se replica a partir de una plantilla de RNA, pero precisa una RNA polimerasa codificada.
- Ensamblaje. Una vez generadas las cadenas de proteínas virales, la enzima proteasa del VIH actúa como una tijera dividiendo dichas cadenas en pequeñas proteínas individuales que pueden cumplir varias funciones.
- Gemación. El nuevo virus ensamblado “brota” de la célula y al desprenderse, se lleva consigo parte de la envoltura exterior de esta (la membrana celular) (22).

Podemos encontrar que el 98 % de los linfocitos se encuentran ubicados en los quistes linfáticos y el bazo. Sin embargo, los virus producidos por los linfocitos infectados recientemente con VIH invaden la sangre y son transportados a todos los tejidos del cuerpo, en un proceso que dura pocos días. El nivel de virus en la sangre alcanza niveles altos (hasta millones de genomas de VIH por milímetro cúbico). Por lo que, en este tiempo, muchos pacientes se vuelven sintomáticos con fiebre, lesiones en la piel, faringitis, y quistes linfáticos inflamados (21).

Mientras más se reducen las células CD4 menor es la disposición del organismo para enfrentar las enfermedades entre ellas el VIH, pudiendo llegar a estadios críticos como el SIDA. Una disminución creciente del nivel de células TCD4 es la marca característica de la disminución de la inmunidad provocada por el VIH (23).

Existen tres formas principales de transmisión de VIH son: las relaciones sexuales sin usar un método de protección, contacto con sangre y trasmisión de la madre al hijo. El contacto directo con la sangre, como el que ocurre al compartir elementos para la inyección de drogas es la forma de trasmisión más eficaz. Globalmente la forma de trasmisión entre hombres y mujeres es el modo de trasmisión predominante de VIH (OMS 2013) (24).

El curso de la infección es sumamente variable. Sin tratamiento, la evolución típica se extiende de 8 a 12 años. Se definen tres fases: infección primaria, infección asintomática crónica y la fase sida con consiguiente a contagio con el VIH se observan diferentes fases de la enfermedad relacionadas con los efectos patogénicos progresivos del virus, y que la Centers for Disease Control han determinado en una clasificación (20).

Infección por VIH primaria es una enfermedad sintomática transitoria de intensidad variable, es muy similar a un síndrome como la mononucleosis o gripal, con síntomas como linfadenopatías, fiebre, malestar, exantema, faringitis y dolor articular. La seroconversión tras la exposición es el punto en el cual se hacen detectables los anticuerpos anti-VIH. Esta fase se asocia con una privación de gran cantidad de linfocitos T CD4 conforme avanza la replicación y multiplicación rápida del virus. (25).

Durante el estadio de la infección primaria por VIH, tiene lugar una replicación vírica activa elevada se estima que el número de copias víricas puede aumentar hasta los diez millones por milímetro. Durante este periodo la población del virus puede duplicarse cada 6 a 10 horas y por su parte cada célula infectada puede infectar 20 nuevas células. Durante este periodo se considera que se produce una destrucción masiva de la reserva de linfocitos TCD4. El sistema inmunitario jamás se restablece de esta pérdida, lo que explica muchos de los defectos funcionales que se han observado, como la pérdida de las respuestas de memoria (25).

Los pacientes que se encuentran en un estadio sintomático crónico, después del contagio primario por VIH sigue una fase prolongada de latencia, que en general se extiende unos 10 años. En este periodo los pacientes no presentan signos ni síntomas, esta fase se caracteriza por una disminución en la carga viral, aparición anticuerpos contra el VIH elevados y un recuento de linfocitos T CD4 que se encuentran dentro de los límites normales. Esta fase puede mantenerse alrededor de muchos años durante el que puede iniciarse el tratamiento con fármacos antirretrovirales (26).

La fase final complejo relacionado con el SIDA, representa el estadio final de la infección por VIH, la etapa avanzada de la enfermedad se caracteriza por recuentos de linfocitos CD4 bajos (- 200 a 300 células/ul), puede incluir síntomas inespecíficos y anomalías del hemograma (pérdida de peso, aftas bucales, y alteraciones del hemograma completo, pero sin tratamiento progresará e incluirá los procesos, que definen la enfermedad como SIDA. El riesgo de muerte y de infecciones oportunistas aumenta notablemente con recuentos de linfocitos T CD4 menores a 50 células/ul (27).

El diagnóstico de infección primaria por VIH depende de las pruebas diagnósticas. Hay tres características de laboratorio: viremia plasmática elevada, disminución del número CD4 y aumento importante del recuento de CD8. Posteriormente La reducción pronunciada de la viremia plasmática coincide con la resolución del síndrome clínico, el descubrimiento de anticuerpos determinados para VIH en el plasma y la sangre emergen a las pocas semanas de contraer la infección, al poco tiempo o después de los síntomas del síndrome retroviral agudo (23).

Durante la infección con VIH encontramos una fase llamada (periodo ventana) mientras la cual en el paciente infectado no se encuentran anticuerpos en el plasma, por lo que las pruebas diagnósticas en la actualidad utilizan la detección de antígeno y anticuerpo. Los exámenes de amplificación de genes PCR (reacción de la cadena de la polimerasa), es la prueba más exacta para detectar la presencia de VIH que permite ampliar pequeñas cantidades de ácidos nucleicos del virus, la prueba de ELISA (ensayo inmunoabsorbente ligado a enzimas) detecta de manera sistemática anticuerpos anti-VIH-1 y anti-VIH-2, la prueba confirmatoria usada para descartar falsos positivos es la inmunotransferencia (western blot), la cual es más sensible en los casos de seroconversión reciente (24).

La confirmación de un ELISA reactivo con una prueba de inmunotransferencia positiva establece el diagnóstico de infección por VIH.

El recuento de linfocitos CD4 constituye la prueba más importante para controlar el curso de la enfermedad. El valor normal es de 800 a 1500 por ml. Cuando disminuye a menos de 400 indica, que el paciente infectado va a manifestar la enfermedad clínica por debajo de 200 se presenta las infecciones oportunistas y menos de 100 dan un grave pronóstico con sobrevivencia menor de 1 año (27).

Todavía no se dispone de una curación para la infección por VIH, pero existen fármacos que inhiben la replicación del virus y se asocia con un retraso importante en la progresión del SIDA y con la prolongación de la supervivencia. Por lo tanto, la finalidad de la terapia antirretroviral es la eliminación de la multiplicación viral (28).

El avance en los conocimientos sobre los elementos del VIH y su biología permitieron desarrollar tratamientos orientados a diversos estadios del ciclo vital del virus. El fármaco utilizado por primera vez fue la zidovudina (AZT) en 1985, El año que fue novedoso en relación con el tratamiento del VIH fue en 1996. La primera etapa de la era de las combinaciones se inició con los inhibidores de la transcriptasa inversa, análogos de nucleósidos; en 1996 se incorporaron los inhibidores de la proteasa, y desde finales de 1997 los inhibidores de la transcriptasa inversa no análogos de los nucleósidos (25).

La terapia antirretroviral (TARV) es la combinación de dos o más medicamentos antirretrovirales utilizados para controlar la replicación del VIH, y reducir probabilidad de resistencia, actúa en varias etapas del ciclo de replicación del VIH: La entrada, la fusión, la enzima transcriptasa reversa, la enzima proteasa, la enzima integrasa. Los antirretrovirales se clasifican por familias dependiendo del lugar donde actúan bloqueando o inhibiendo el ciclo de replicación (reproducción) del VIH dentro de las células huésped (Linfocitos TCD4 fundamentalmente) (26).

El TARV está conformado por cinco grupos de medicamentos, clasificados según su mecanismo de acción. Estos grupos son: Los

inhibidores de la transcriptasa inversa no nucleósidos (ITRNN); Los inhibidores de la transcriptasa inversa nucleósidos (ITRN); Los inhibidores de la proteasa (IP); Los inhibidores de fusión (IF); y los inhibidores de la enzima vírica integrasa (II) (29).

ITRNN tenemos al efavirenz (EFV), nevirapina (NVP), Delavirdina (DLV). Estos fármacos tienen un mecanismo no competitivo y en términos moleculares, tienen la capacidad de unirse de manera reversible al centro catalítico de la transcriptasa inversa lo que conlleva a generar cambios en las enzimas que inhiben en ADN polimerasa, poseen un metabolismo predominante sobre las isoenzimas del citocromo p450 (29).

ITRN en este grupo se incluye a la zidovudina (AZT), didanosina (ddI), abacavir (ABC), lamivudina (3TC), tefonovir (TDF), Estavudina (d4T). Son fármacos que poseen un mecanismo competitivo con los nucleótidos fisiológicos o nucleósidos, estos fármacos se incorporan a la cadena del ADN viral interrumpiendo la elongación del mismo inhibiendo la replicación viral, no intervienen en el metabolismo del citocromo p450 (29).

Inhibidores de la Proteasa tenemos a Indinavir (IDV), Nelfinavir (NFV), Lopinavir/Ritonavir, Atazanavir (ATV), Saquinavir (SQV). Inhiben la enzima encargada de la maduración de las proteínas virales es decir impiden que esta sintetice los grandes polipéptidos virales teniendo como resultado que no se fragmente este polipéptido y reduciendo así su capacidad infectiva. Siempre se utilizan en conjunto con el ritonavir(30).

Inhibidores de la fusión, está la enfuvirtida, este grupo busca inhibir la fusión de la cubierta viral del VIH con la membrana celular impidiendo el contenido viral en los linfocitos. Inhibidores de la integrasa, el vitegravir, raltegravir dolutegravir, actúan sobre un paso de la replicación del VIH y es bloqueado el paso de transferencia de hebra de ADN que hace la integrasa sobre el genoma de la célula hospedadora de este modo el sitio activo de la enzima es ocupado por los INSTI y el proceso de integración se detiene (30).

La inhibición de la replicación del VIH se asocia con un retraso importante en la progresión del SIDA y con la prolongación de la supervivencia. Por lo tanto, el objetivo del tratamiento es la supresión máxima y sostenida de la replicación viral y aumento del recuento de los linfocitos CD4. En los pacientes que reciben el tratamiento por primera vez se deben alcanzar niveles plasmáticos de ARN viral no detectables dentro de los 4 a 6 meses, asociados con un aumento simultáneo de los recuentos de CD4. (27).

Cuando iniciar el tratamiento, es una decisión trascendental basada en la valoración clínica y de laboratorio, en un periodo no mayor a una semana. Después del inicio del tratamiento antirretroviral. El paciente será evaluado por el equipo multidisciplinario. El inicio de TARV, en todo paciente con infección por VIH, no depende del estadio clínico en que se encuentre, el recuento de linfocitos TCD4 y carga viral (28).

Los pacientes que tienen indicado el inicio de la terapia antirretroviral tienen que tener la hoja de evaluación clínica para inicio al TARV, y cumplir con alguno de los siguientes criterios: la persona con infección con VIH que tenga síntomas de inmunosupresión, la persona con infección por el VIH que tenga un recuento de linfocitos T CD4  $\leq 500$  células/ $\mu$ L, aislado de la presencia de síntomas, toda persona con infección por el VIH (28).

Los objetivos del TARV son: Disminuir la carga viral a niveles indetectables ( supresión máxima y prolongada de la carga viral), con ello reducir la trasmisión del VIH, prevenir la aparición precoz de cepas resistentes, incrementar los linfocitos TCD4 ( restauración y preservación de la función inmune), reducir la frecuencia de infecciones oportunistas (morbilidad) y la mortalidad asociada al VIH, disminuir la aparición de virus resistentes a los antirretrovirales, mejorar la calidad de vida y el tiempo de sobrevida de las personas con VIH (30).

Los esquemas para pacientes nuevos con tratamiento Antirretroviral de la infección por VIH están basados en la combinación de



dos antirretrovirales inhibidores nucleósidos de la transcriptasa reversa (INTR) más un tercer antirretroviral Inhibidor no nucleósido de la transcriptasa reversa (INNTR). Así el esquema de primera línea es: Tenofovir Emtricitabina y Efavirenz ( TDF/ FTC/ (EFV) (30).

Los efectos adversos del tratamiento antirretroviral se encuentran caracterizados por iniciar con una alta frecuencia, que tienen una moderada a alta gravedad (requiriendo un manejo clínico complejo), afectando de manera notoria a la adherencia al TARV y convirtiéndose en una de los principales motivos de modificación de la terapia combinada en los fármacos antirretrovirales indicada en el paciente (31).

Los efectos adversos se pueden clasificar de acuerdo a la gravedad con que se presentan, encontrando la siguiente graduación:

Grado I (Ligero) encontrándose aquí a las reacciones que originan molestias transitorias o leves, donde la actividad diaria se ve afectada y no requiere terapia.

Grado II (Moderado) Aquellas reacciones adversas que originan la afectación de la actividad diaria levemente, puede requerir cierta asistencia, no requiere ninguna o poca terapia.

Grado III (Grave). Dentro de esta clasificación encontramos aquellas reacciones que producen que la actividad diaria del paciente se vea muy reducida, suele necesitar asistencia, intervención médica y terapia, siendo posible la hospitalización o cuidados intensivos.

Grado IV (Posible amenaza para la vida). Encontramos aquellas reacciones que causan una restricción severa de la actividad diaria, requiriendo asistencia médica, hospitalización o cuidados intensivos (8).

Visto desde el criterio clínico el grado de severidad de los efectos adversos en el tratamiento antirretroviral (a mediano y largo plazo) se convierte en la principal causa de suspensión y/o cambio en el paciente con VIH que se encuentra recibiendo TARV es esencial que el paciente tenga conocimientos sobre los efectos adversos que podrían darse con el TARV con el fin de facilitar la conformidad y el compromiso que resultan

importantes antes de iniciar la primera toma de TARV o en los casos que se deban iniciar cambios por fracaso terapéutico, así será más probable que el paciente colabore en la identificación temprana de los mismos y en su respectivo manejo así como en la mejor elección de los fármacos antirretrovirales (31).

Entre los efectos del tratamiento antirretroviral tenemos al síndrome de lipodistrofia, se caracteriza por la aparición de trastornos metabólicos y morfológicos debidos al TARV, parecen ser inducidos por los inhibidores de proteasas las anomalías metabólicas del síndrome de lipodistrofia comprenden alteraciones en el metabolismo de los lípidos, glucosa y las morfológicas, comprende una redistribución de la grasa corporal, con un considerable aumento en la grasa del tronco (intraabdominal, dorso cervical y mamaria) y reducción de la grasa subcutánea (cara y extremidades (32.33).

La Dislipemia consiste en la presencia de altos niveles de lípidos (colesterol, triglicéridos o ambos) que son transportados por las lipoproteínas en la sangre. Para diagnosticar este trastorno existe un factor que consiste que el paciente se realice un perfil lipoproteico (colesterol total, colesterol LDL, colesterol HDL y triglicéridos). Lo que se busca con la evaluación y tratamiento de la dislipidemia es prevenir la enfermedad aterosclerótica, desde un aspecto práctico se dirige a la obtención de valores de colesterol LDL (34).

Todos los fármacos antirretrovirales, produce toxicidad a nivel cutáneo: lesiones en mucosa oral, sequedad cutánea, hiperpigmentación cutánea, inflamación de los folículos, erupciones cutáneas, sequedad, prurito, descamación, alopecia. Clínicamente el manejo de la toxicidad cutánea resulta variable, controlando de forma más específica el cuidado e hidratación de la piel, y de presentarse síntomas graves lo cual obliga a suspender el tratamiento antirretroviral que el paciente se encuentre utilizando (31).

El exantema producido como efecto secundario por el uso de nevirapina, tiene una frecuencia del 19 %, puede aparecer en las primeras seis semanas de iniciado el tratamiento y el síntoma más notorio es la aparición de un exantema eritematoso, difuso, maculo-popular en tronco, cara y extremidades. Este efecto puede ser prevenido mediante un inicio graduado de dosis (200 mg/día las dos primeras semanas) no deben de tomarse corticoides profilácticos (35).

La reacción de hipersensibilidad por abacavir, se da con una continuidad de 3-4 % y se encuentra relacionada a muchas muertes. Puede iniciarse en las primeras seis semanas y su evolución suele ser rápida con manifestaciones clínicas son fiebre, mialgias, síntomas respiratorios, (disnea, odinofagia, tos), síntomas gastrointestinales (náuseas, vómitos, diarreas) (35).

La pancreatitis, se encuentra en relación directa con el daño mitocondrial, que es originada por los inhibidores de la transcriptasa inversa análogos nucleósidos (ITIAN) y la toxicidad gastrointestinal causada por la didanosina (ddl) y la estavudina (d4T); fármacos que están relacionados con la aparición de estos síntomas. Suele ser asintomática de existir manifestaciones clínicas son en forma de dolor abdominal y diarrea (36).

Los efectos adversos que resultan característicos y que tienen mayor frecuencia de todos los inhibidores de las proteasas, como toxicidad gastrointestinal, se traduce en molestias gastrointestinales como: náuseas, vómitos, y diarrea, el empleo y/o clínico debe estar fundamentado en darle una información completa al paciente (medidas no farmacológicas de tipo higiénico y dietético), junto con la utilización de antidiarreicos y antieméticos (37).

Los pacientes que se encuentran utilizando los fármacos antirretrovirales, podrían presentar una elevación de transaminasas, con o sin manifestaciones clínicas, hasta en un 14-20%, esto se ha reportado por

el uso de ITIAN, y los inhibidores de las proteasas, lo que conlleva a Toxicidad hepática (37).

Los fármacos menos hepatotóxicos son los ITIAN, mientras que los inhibidores de proteasa (IP), pueden provocar una elevación de las enzimas hepáticas de forma grave por toxicidad directa o como una manifestación del síndrome de reconstitución inmune en coinfección con virus de hepatitis B (VHB) y/ o virus de hepatitis C (VHC), en cuanto a los inhibidores de transcriptasa inversa no análogo (ITIAN), La neviraparina y el efavirenz tienen como efecto adverso la toxicidad hepática (37).

El efavirenz puede originar una reacción adversa como es la Toxicidad neuropsíquica, la cual aparece con una frecuencia del 20-30% y es dosis dependiente, aparecen en las primeras semanas de tratamiento con síntomas clínicos son vértigo, ansiedad, trastornos del sueño, agravamiento de problemas psíquicos preexistentes y alteraciones motoras (38).

Asociados a algunos ITIAN como (zalcitabina, didanosina, estavudina), tenemos la Neuropatía periférica, con una frecuencia elevada de 12% - 45%. Puede tener una causa ligada con una interacción entre citoquinas y factores de crecimiento neuronal o con la existencia de neuropatía previa o factores de riesgo (diabetes, alcoholismo, desnutrición,). Los síntomas son hormigueo, disminución de la sensibilidad y dolor en extremidades (38).

Podemos encontrar un efecto adverso poco usual la miopatía, que se relaciona con el mecanismo toxicidad mitocondrial relacionado a zidovudina, y aunque este efecto es infrecuente se considera grave, entre las manifestaciones clínicas: debilidad muscular, dolor muscular y aumento de enzimas musculares (38).

La insuficiencia renal que es producida por la toma de idinavir el cual produce toxicidad renal, que se considera la primera causa de daño renal

asociado al TARV, encontramos un incremento de creatinina, generalmente es asintomática, de origen patogénico en la existencia de nefritis intestinal por cristales de indinavir. La manifestación de nefrolitiasis por indinavir se presenta con dolor cólico lumbar, hematuria y fiebre (39).

Otras de las reacciones adversas que surgen a los pocos días de iniciar la terapia con antirretrovirales son las manifestaciones neuropsicológicas, las cuales pueden darse al cabo de 2 a 4 semanas. Dado que el TARGA utiliza la combinación de 3 o más fármacos, es complicado poder determinar que medicamento ocasiona un determinado efecto adverso (39).

En el caso de manifestaciones como la osteopenia y osteoporosis, que suelen aparecer con el paso del tiempo, y estas son debido que los pacientes sobreviven a la infección con VIH y por el efecto de acumulación de antirretrovirales, se pueden presentar de formas más frecuentes en cabeza femoral y humeral, tibia proximal y cóndilos femorales, en las caderas se presenta de forma bilateral (40,41).

Otro efecto común que se presenta por el uso de Zidovudina y puede aparecer en meses, con mayor riesgo en personas obesas y de sexo femenino es la acidosis láctica con síntomas gastrointestinales poco específicos, fatiga, y pérdida de peso, alta sospecha si el lactato sérico > 2mmol/l. Puede evolucionar a dificultad respiratoria y falla orgánica múltiple (40).

Durante los primeros seis meses de terapia con Zidovudina, se produce la anemia la cual generalmente no produce síntomas, y en el caso que aparezcan, se puede manifestar con fatiga y disnea. Además, se puede observar, macrositosis el cual es un marcador de uso de zidovudina, y en algunos casos puede darse crisis aplásica que pone al paciente en peligro de muerte, los pacientes que al iniciar la terapia presentan niveles bajos de hemoglobina tienen un alto riesgo de que desarrollen anemia

severa, otros factores son recuento de CD4 bajos, índice de masa corporal debajo de los normal y las personas de sexo femenino (42).

Finalmente encontramos que los desórdenes metabólicos, afectan de manera directa en el sistema cardiovascular produciendo alteraciones cardiovasculares, también se produce alteraciones hemostáticas en este terreno que se encuentra metabólicamente cambiado, produciendo un aumento en el inhibidor tisular del plasminógeno con disminución de fibrinólisis, los cual genera un estado pro- inflamatorio y proliferativo y trombótico, lo cual genera que se aumente el riesgo cardiovascular comparando con personas sanas no infectadas (37,43).

Con el TARV se ha demostrado que existe una mejora en la respuesta clínica, inmunológica y viral del paciente, es necesario que exista un gran nivel de adherencia a la terapia, dado que de no tenerla se originaría un aumento de la actividad viral y como resultado podría desarrollarse una alta resistencia a los fármacos. De este modo, la adherencia es de gran importancia para garantizar la efectividad de los fármacos, quedando demostrado que una mala adherencia se encuentra directamente relacionada con el incremento de los ingresos a los hospitales, la evolución a sida, y es la principal causa de fallo terapéutico (26).

Por ello se considera importante el papel de la enfermera incentivando al adulto a la adherencia al tratamiento antirretroviral, la cual queda definida como el grado de interacción entre los servicios de salud y el usuario que ayude al cumplimiento del tratamiento y las indicaciones terapéuticas para el TARV, para lo cual es necesario la participación activa del paciente, con una mejora en la actitud y un compromiso del mismo en la decisión de iniciar y mantener el tratamiento antirretroviral (44).

Según la definición de la OMS, la adherencia al tratamiento es el cumplimiento conforme a la dosis del programa prescrito y la perseverancia al tomar los medicamentos, de por vida. Para ello se debe realizar un seguimiento continuo de la dieta, cambios en los estilos de vida, basadas en la consejería proporcionada por el profesional de Enfermería (26).

La adherencia se define como la actitud del paciente frente a la toma de medicamentos, cumpliendo estrictamente con la toma de los medicamentos indicados, el incumplimiento o la adherencia incorrecta incluyen aspectos como la omisión de tomas, reducción de la dosis prescrita, no respetar los intervalos o frecuencias de administración correcta, la adherencia es menor cuando existe un incremento en el número de fármacos y el número de dosis de administración, cuando aparecen efectos adversos es por ello que los pacientes muchas veces deciden abandonar el tratamiento (45).

La adherencia a los antirretrovirales tiene implicaciones a cuatro niveles: Nivel Individual, la disminución de una adecuada adherencia limita los beneficios terapéuticos y favorece la aparición de resistencias en cada caso tratado, nivel de la comunidad, los virus resistentes pueden transmitirse por todas las vías de contagio de la infección, nivel de servicios de salud, la pérdida de adherencia conlleva a tratamientos más complejos y equipos de atención mucho más especializados, así como el riesgo de falla al TARV aumenta, con incremento de morbilidad y mortalidad, nivel económico, pues el empleo inadecuado de estos medicamentos conlleva a un gasto claramente ineficiente (29).

Hay tres fases del tratamiento según adherencia: Fase previa, desde el diagnóstico hasta el inicio del tratamiento. Representa el primer encuentro del usuario con el equipo multidisciplinario, durante esta fase, se identifica al "Agente de soporte personal", se da la aceptación del grupo de ayuda mutua del establecimiento, se da la selección del esquema

terapéutico y del esquema de supervisión para la formación de conducta de adherencia (46).

Fase de formación de conducta de adherencia: Con la aplicación de las líneas de acción por parte del equipo multidisciplinario. Constituye un momento de máxima interacción entre el servicio y los usuarios y sus acompañantes, donde se procede a la aplicación del esquema de supervisión para la formación de conducta de adherencia y se programa las visitas domiciliarias. La evaluación es semanal y de acuerdo a la demanda, la duración de esa fase puede variar de acuerdo a la evaluación de la persona por el equipo multidisciplinario (puede ser aproximadamente de tres meses) (46).

Fase de sostenibilidad de tratamiento: Es la fase de por vida, la supervisión de tratamiento es realizado por el “Agente de Soporte Personal”, se tomará en cuenta la evaluación mensual de la persona para dar sostenibilidad a la adherencia. Se debe considerar el “desgaste” o “agotamiento” de la adherencia con el transcurrir del tiempo para dar refuerzo a las actividades de soporte (46).

La adherencia terapéutica al TARV forma parte de un potente pronóstico de respuesta, la deficiencia en la adherencia no solo tiene repercusión de manera individual, respuesta en la carga viral e inmunológica con avance de la enfermedad y supervivencia sino también repercusiones en la salud pública con incremento de resistencias y el contagio de estas. Si no existe una adecuada adherencia la eficacia de los medicamentos antirretrovirales queda en un segundo plano, convirtiéndose esta en la principal causa de fallo terapéutico (47).

Es de suma importancia determinar la preferencia de las personas contagiadas por el VIH para iniciar y mantener un Tratamiento antirretroviral a largo plazo, así como descubrir la aparición de efectos adversos y tratamientos prolongados. De este modo las atenciones del equipo multidisciplinario deben ser coordinado entre el personal sanitario,



el de apoyo (enfermera, asistente social) y en el ámbito asistencial es clave. Por lo que resulta vital y necesario la evaluación periódica de la adherencia adecuando la frecuencia de manera individualizada (48).

La adherencia cobra importancia en la profesión de enfermería, ya que mediante la educación puede sensibilizar al adulto con VIH es por ello que, considerando como investigadoras que nuestra investigación se basa en teoría de Nola Pender, quien estudio el modelo de promoción de la salud, promoviendo la vida saludable, encontrándose esto más importante que los cuidados recuperativos, dado que así habrá menos personas enfermas, uso de menos recursos, la persona logra su independencia y mejoramos su calidad de vida a futuro (49).

Podemos encontrar factores que influyen sobre la adherencia y la respuesta frente al VIH; tal como la edad, que se encuentra determinada por las características fisiológicas y psicológicas para cada etapa de vida, en los pacientes con VIH, el envejecimiento natural provoca cierto daño del sistema inmunológico, sin embargo, la respuesta ante el VIH es la misma que los pacientes jóvenes (50).

El tiempo de tratamiento nos brinda una base importante sobre el paciente que se encuentra recibiendo TARV, así como la edad, puesto que muchas veces la adherencia al TARV se encuentra directamente relacionada a las características propias de esos dos factores, y con ello podemos influenciar positivamente para que los pacientes mejoren la adherencia (51).

Además, Nola Pender en su modelo de Promoción de Salud, nos brinda a los profesionales de enfermería un enfoque que se utiliza de gran manera para lograr la comprensión de comportamientos humanos que se relaciona con la salud y así mismo nos guía a la formación de conductas saludables (52).

Conforme a este modelo la promoción de la salud y los estilos de vida está determinados por factores cognitivos-perceptuales, entendidos como aquellas concepciones, creencias, ideas que tienen las personas sobre la salud que la llevan o inducen a conductas o comportamientos determinados, que en el caso que nos ocupa, se relacionan con la toma de decisiones o conductas favorecedoras de la salud. La modificación de estos factores, y la motivación para realizar dicha conducta, lleva a las personas a un estado altamente positivo llamado salud (52).

Podemos definir a la promoción de la salud como un procedimiento que consiste en preparar a las personas para que sean capaces de mejorar el control sobre su salud y para que aumenten su calidad de vida. El fin es obtener un nivel óptimo de bienestar físico, mental y social, desde este punto cada persona o grupo debe ser capaz de identificar y llevar a cabo metas planteadas, satisfacer sus necesidades y cambiar el entorno o adaptarse a él. Es así que la salud se considera, como un recurso para la vida cotidiana, es decir se trata de que no sea enfocada como el objetivo de la vida; adicional a esto, la salud es un concepto positivo que enfatiza recursos sociales y personales, junto con capacidades físicas (52).

Consideramos que la promoción de la salud, se logra basada en tres mecanismos intrínsecos o internos de las personas, según lo planteado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), estos son: El autocuidado, es decir, las decisiones y acciones que la persona lleva a cabo en beneficio de su propia salud, La ayuda mutua o acciones que las personas realizan para ayudarse unas a otras de acuerdo a la situación que estén viviendo y los entornos sanos o creación de las condiciones ambientales que favorecen la salud (53).

Este modelo en estudio resalta a la cultura, que se conoce como el conjunto de conocimientos y experiencias que son adquiridas con el paso del tiempo, esta cultura es aprendida y transmitida de una generación a otra. De esta manera, la cultura se considera como una categoría que se

expresa de forma distinta en todos los grupos humanos, se puede decir que influye de manera concluyente en las creencias sobre la salud, las respuestas relacionadas a las prácticas de autocuidado, los tratamientos terapéuticos, los comportamientos, y la utilización de los servicios de salud (49).

Dentro de los factores, identificamos control de salud percibido, la importancia de la salud, el control que tiene el paciente sobre la salud, la definición de salud, beneficios percibidos de conductas promotoras, que son la percepción que la persona tenga de la salud para identificar los beneficios y barreras que generen una conducta promotora de salud. También intervienen cinco factores sobre los patrones de conducta promotora de salud: como las características demográficas, características biológicas; influencias interpersonales, factores situacionales y factores conductuales (54).

Según el modelo, en la segunda fase las barreras que existan como las indicaciones de acción fomentan acciones de promoción de la salud. Es así que las personas pasan de una fase a otra, es por ello que la promoción de la salud está orientada a un aumento del grado de bienestar individual y grupal (54).

La teoría se encarga de estudiar la forma como las personas son independientes en la toma de decisiones sobre el cuidado de su salud, nos refiere que buscan las mejores condiciones en las cuales, puedan potenciar su propia salud, adicional a ello tienen la capacidad de contar con una autoconciencia reflexiva, donde los profesionales de salud se convierten en parte del entorno de las personas y pueden influir a lo largo de sus vidas en dichas conductas generadoras (54).

Otra teoría que aporta y sustenta a la presente investigación es la teoría de la acción razonada, representando una aportación al estudio del comportamiento humano, implica factores como las creencias, las

cuales las divide en conductuales, cuando son referidas a las particulares a cada individuo y normativas que se refiere a las manifestadas por los grupos de pertenencia: las normas subjetivas, la motivación de cumplir con las creencias y normas, las actitudes y la intención hacia la realización de una conducta (55).

Las acciones se basan en las actitudes individuales, por lo que una teoría de la acción consiste esencialmente en una descripción de las actitudes. La información que permite la formación de las mismas es de tipo cognitivo, afectivo y conductual. La información cognitiva se refiere a las creencias y al conocimiento que poseemos acerca de un objeto. En forma similar, la información referida a las demás personas se basa en dichos componentes y es una causa importante de la formación de nuestra respuesta afectiva. La información conductual también influye en las actitudes, ya que evaluamos nuestras propias actitudes en forma similar a cómo lo hacemos con las de los demás (55).

De este modo la Enfermera cumple un rol muy importante como educadora, dado que impulsará en la persona los potenciales relacionados al aprendizaje sobre el cuidado de su salud. En lo que respecta no solo como elemento esencial de su cuidado, sino además de que creará factores que favorezcan a la prevención de la enfermedad y a la promoción de la salud (55).

Con respecto a la adherencia al tratamiento; la evaluación inicial del paciente con diagnóstico de VIH, es atendida por el profesional de enfermería, constituyendo un importante rol de apoyo, complementando y aumentando las indicaciones dadas por el personal médico. De esta manera el modo como nos dirigimos al paciente resulta de vital importancia, ello implica tener un trato empático, escucharlo, considerar sus preocupaciones, temores y demás relacionados al tratamiento, conocer su rutina diaria para enfocarnos en un plan de soporte y ayuda frente al tratamiento (56).

Cuando se brinda educación en salud, el punto base es influir sobre la salud más que la enfermedad, lo cual permite que el paciente tome mejores decisiones frene a su enfermedad, porque se centrara en recuperarse si reconoce que la salud es una condición de bienestar. Considerar que las personas obtienen conocimientos, mitos y creencias tanto de su entorno social como de herencia de generación en generación, para lo cual es necesario una adecuada comunicación y participación social que permite que la comunidad se involucre en algo que le es suyo como es su salud (56).

La enfermera cumple un rol muy importante al brindar educación sanitaria y orientación al paciente, familia y agente de soporte personal, orientando a la persona con VIH, sobre el uso correcto de métodos de protección, así como la carga viral indetectable, enfatizando la prevención de las infecciones de trasmisión sexual. Además de ello identifica oportunamente y notifica signos y síntomas de RAM en pacientes con infección por VIH y las comunica al médico tratante, debe monitorizar la admiración de medicamentos antirretrovirales (30).

De esta forma la teorista, Nola Pender nos dice que la promoción de la salud es reducir o evitar los riesgos y aumentar los factores de protección, modificando estilos de vida, que la creencia de salud este enfocado en la prevención y que esta tenga un valor importante. Desde este punto la salud puede ser el punto que permita modificar, inclusive crear modelos nuevos de vida y entornos que resulten favorables para el desarrollo total de las potencialidades humanas, para lograr una vida más plena a nivel personal y familiar (56).

### **2.3. MARCO CONCEPTUAL**

La adherencia al tratamiento se define como el cumplimiento del tratamiento; es decir, tomar los fármacos de acuerdo con la dosificación del programa prescrito; y la persistencia es decir tomar los medicamentos a lo

largo del tiempo establecido. La no adherencia está determinada por aquellas conductas que no se ajustan a la toma correcta de los medicamentos, es decir cuando el paciente no es responsable con la hora de la toma de sus medicamentos, o que cuando se siente mal deja de tomarlos abandonando el tratamiento (47).

Los efectos adversos son definidos como problema médico inesperado que sucede durante el tratamiento con un medicamento u otra terapia. Pueden clasificarse en leves, moderados o graves, y es posible que tengan otras causas diferentes al medicamento o la terapia que se administran (48).

Los efectos adversos se pueden clasificar de acuerdo a la gravedad con que se presentan, encontrando la siguiente graduación:

Grado I (Ligero) encontrándose aquí a las reacciones que originan molestias transitorias o leves, donde la actividad diaria no se limita y no requiere terapia.

Grado II (Moderado) Aquellas reacciones adversas que originan la afectación de la actividad diaria levemente, puede requerir cierta asistencia, no requiere ninguna o poca terapia.

Grado III (Grave). Dentro de esta clasificación encontramos aquellas reacciones que producen que la actividad diaria del paciente se vea muy reducida, suele necesitar asistencia, intervención médica y terapia, siendo posible la hospitalización o cuidados intensivos.

Grado IV (Posible amenaza para la vida). Encontramos aquellas reacciones que producen limitación extrema de la actividad diaria, necesidad de asistencia médica, hospitalización o cuidados intensivos (8).

## **2.4. SISTEMA DE HIPÓTESIS**

### **2.4.1 HIPÓTESIS DE TRABAJO (Ha)**

Los efectos adversos se relacionan con la adherencia al tratamiento en el adulto con virus de inmunodeficiencia humana.

## 2.4.2 HIPÓTESIS NULA (Ho)

Los efectos adversos no se relacionan con la adherencia al tratamiento en el adulto con virus de inmunodeficiencia humana.

### VARIABLES E INDICADORES

**Variable Dependiente:** Adherencia al tratamiento.

Definición operacional:

- Dimensión  
Adherencia al tratamiento según la toma de medicamentos.
- Escala de medición de variables  
Nominal
- Indicadores  
Encuesta
- Categorías de variable  
Adherente  
No adherente
- Índice  
Adherente: 4 puntos  
No adherente: 5 – 8 puntos

**Variable Independiente:** Tipo de efectos adversos al tratamiento del VIH.

Definición operacional

Dimensión:

- Efectos adversos según grado de severidad
- Escala  
Ordinal

- Indicadores  
Reporte de reacciones adversas
- Categorías de variable
  - Efectos adversos de acuerdo a la severidad:
    - Grado I (ligero)
    - Grado II (moderado)
    - Grado III (grave)
    - Grado IV (posible amenaza para la vida)
  - No presenta efectos adversos

### **III. METODOLOGIA**

#### **3.1. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN**

Descriptivo - correlacional

#### **3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA DE ESTUDIO**

La población en estudio estuvo conformada por 423 adultos con VIH atendidos en el Programa de soporte para pacientes con VIH del Hospital de Alta Complejidad Virgen de la Puerta atendido en el mes de Octubre del 2019.

##### **Criterios de inclusión:**

- Adultos portadores de VIH atendidos en el Hospital de Alta Complejidad.

##### **Criterios de exclusión:**

- Pacientes que se negaron a participar en el estudio
- Adultos con SIDA
- Adultos con VIH hospitalizados

Muestra: tamaño y tipo de muestreo.

El tamaño de muestra estuvo constituido por 202 adultos con VIH atendidos en el Programa de soporte para pacientes con VIH del Hospital de Alta Complejidad Virgen de la Puerta. (Anexo N°1)

Tipo de muestreo: Muestra probabilística y muestreo aleatorio simple.



### **Unidad de Análisis**

Adultos entre 18 años a 50 años de edad con VIH atendidos en el Programa de soporte para pacientes con VIH del Hospital de Alta Complejidad Virgen de la Puerta, que cumplieron con los criterios de inclusión.

### **3.3. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN**

Estudio Descriptivo de corte transversal, dónde se buscó medir relación entre las variables en estudio en un tiempo determinado (57).

Diseño Específico

Correspondiéndole el siguiente diseño:

M: X1 \_\_ X2

Donde:

- M: Adultos con virus de inmunodeficiencia humana
- X1: Presencia de efectos adversos.
- X2: Adherencia al tratamiento.

### **3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.**

Se solicitó la autorización del Director del Hospital de Alta Complejidad Virgen de la Puerta; para la aplicación de los instrumentos de recolección de información (Anexo N°2). Para la presente investigación se obtuvo información de los adultos que cumplan con el criterio de inclusión y que asistió a recibir su Tratamiento Antirretroviral.

Los adultos seleccionados fueron ubicados en un ambiente tranquilo, ventilado y en el cual nos presentamos, luego se le explico en qué consistía el estudio, los objetivos y se resolvieron las dudas que fueron manifestadas, los adultos aceptaron su participación, por lo que se le facilito el documento de consentimiento informado en el cual colocaron su rúbrica y número de historia clínica (Anexo N°3). Luego se procedió a explicar cómo llenar el test de cumplimiento autocomunicado de Morisky-Green (el cual fue anonimo), el cual tomo un tiempo aproximado de 5 minutos completarlo.

El primer instrumento utilizado fue el reporte de sospecha de reacciones adversas al medicamento antirretroviral de Arnao V y Ramírez T, utilizado en un estudio en Perú. Que consta de 2 partes, la primera de datos generales: Edad, historia clínica, sexo, tiempo de tratamiento, esquema y fecha de inicio del tratamiento. La segunda es la descripción de 11 reacciones medicamentosas: Síndrome de lipodistrofia, acidosis láctica, miopatía, toxicidad hepática, pancreatitis, neuropatía periférica, manifestaciones neuropsicológicas, osteopenia y osteoporosis, anemia, alteraciones cardiovasculares, efectos dermatológicos, esta ficha se llenó a partir de información reportada en la Historia clínica de la persona con TARV (22). (Anexo N° 4)

El segundo instrumento utilizado fue: Test de Cumplimiento Autocomunicado de Moriski-Green-Levine: es un test que consta de dos partes la primera parte consta de datos personales como la edad, sexo, grado de instrucción y apoyo familiar, la segunda consta de 4 preguntas con alternativas de Si y No, SI vale 2 puntos y NO 1 punto, si es adherente 4 puntos y no adherente entre 5 – 8 puntos, validado con un Alfa de crombach de 0.83, según su autor (58). (Anexo N°5)

Cuando terminaron de llenar el test, verificamos que no quedaron espacios en blanco y que haya sido llenado correctamente de acuerdo a las instrucciones, colocamos un número como código en el encabezado de cada hoja para verificar el número de unidad de análisis.

### **3.5. PROCESAMIENTOS Y ANÁLISIS DE DATOS**

Para la investigación se elaboró una base de datos en Excel 2013, resultado del registro de información del instrumento.

Los resultados se presentan en tabulaciones simples y cruzadas, considerando los objetivos propuestos en el trabajo de investigación, así como las respectivas tablas de frecuencias absolutas y relativas.

Para el análisis estadístico se utilizó la prueba de Chi-cuadrado, para contrastar la hipótesis según la cual dos variables categóricas serían independientes. Utilizando el SPSS se aplicó Chi-Cuadrado mediante tablas de contingencia para comparar las variables: Efectos Adversos y Adherencia al tratamiento. con un nivel de significación  $p < 0.001$ .

### **3.6. CONSIDERACIONES ÉTICAS.**

Se garantizó los aspectos éticos de los adultos con VIH que participaron en el presente estudio, se aseguró su participación autónoma a través del consentimiento informado, se les aseguró el anonimato en el cuestionario. De la misma forma se garantizó la confidencialidad, siendo claros en que la información es única y exclusiva para cumplir los objetivos de la investigación y que por ningún motivo se dará a conocer la información brindada y finalmente los datos fueron analizados con criterio de imparcialidad, veracidad y responsabilidad.

Cabe destacar que los instrumentos fueron codificados con número para evitar identidad de los participantes.

#### IV. RESULTADOS

**TABLA 1**

**Efectos adversos al tratamiento antirretroviral en adultos con virus de inmunodeficiencia humana. Hospital Virgen De La Puerta – Trujillo, 2019.**

<b>EFFECTOS ADVERSOS</b>	<b>FRECUENCIA</b>		<b>PORCENTAJE</b>	
	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Efectos dermatológicos	198	4	98.0%	2%
Neuropatía periférica	163	39	80.7%	19.3%
Anemia	160	42	79.2%	20.8%
Manifestaciones neuropsicológicas	127	71	62.9%	35.1%
Pancreatitis	82	120	40.6%	59.4%

Alteraciones cardiovasculares	78	38.6%	124	61.4%
Miopatía	66	32.7%	166	67.3%
Osteopenia y osteoporosis	51	25.2%	147	72.8%
Toxicidad hepática	45	22.5%	157	77.7%
Síndrome de lipodistrofia	13	6.4%	189	93.6%
Acidosis láctica	4	2.0%	198	98%

Fuente: aplicación de cuestionario reporte de sospecha de reacción adversa del medicamento antirretroviral

## TABLA 2

**Efectos adversos al tratamiento según grado de severidad de los efectos adversos en adultos con virus de inmunodeficiencia humana. Hospital Virgen De La Puerta – Trujillo, 2019.**

Efectos Adversos	Frecuencia	Porcentaje
<b>Grado 1: ligero</b>	8	4.0
<b>Grado 2: moderado</b>	142	70.3
<b>Grado 3: grave</b>	52	25.7
<b>total</b>	202	100.0

Fuente: aplicación de cuestionario reporte de sospecha de reacción adversa del medicamento antirretroviral

**TABLA 3**

**Adherencia al tratamiento en adultos con Virus de inmunodeficiencia Humana. Hospital Virgen De La Puerta – Trujillo, 2019.**

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>No adherente</b>	163	80.7
<b>Adherente</b>	39	19.3
<b>total</b>	202	100.0

Fuente: aplicación del test de cumplimiento autocomunicado

**TABLA 4**

**Asociación entre los efectos adversos y adherencia al tratamiento en adultos con virus de inmunodeficiencia humana. Hospital Virgen De La Puerta – Trujillo, 2019.**

	<b>VALOR</b>	<b>DF</b>
<b>Chi-cuadrado de Pearson</b>	46.458	2
<b>Razon de verosimilitud</b>	49.188	2
<b>Asociación lineal por lineal</b>	34.470	1
<b>N° de casos validos</b>	202	

Al comparar las variables: Efectos Adversos y Adherencia al tratamiento, se obtuvo el valor de Chi-cuadrado de 46.458, con un nivel de significación  $p < 0.001$ , por lo que se considera que las variables presentan asociación entre sí.

## V. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

**En la tabla 01:** Sobre los efectos adversos al tratamiento antirretroviral en adultos con VIH; se observa que el 98% presentan efectos dermatológicos, 80.7% neuropatías periféricas, 79.2% anemia, 62.9% manifestaciones neuropsicológicas, 40.6% pancreatitis, 38.6% alteraciones cardiovasculares, 32.7% miopatía, 25.2% osteopenia y osteoporosis, 22.5% toxicidad hepática. 6.4% síndrome de lipodistrofia, y el 2% acidosis láctica.

Los resultados son diferentes a los que encontró Cieza T. al estudiar los Factores asociados con las reacciones adversas al tratamiento antirretroviral inicial en personas mayores de 18 años viviendo con VIH-sida; donde la incidencia acumulada fue del 54.3 % de efectos adversos siendo la anemia la reacción adversa más frecuente, con el 19.7% de los casos, le siguen en importancia los mareos en 12,6%, el rash dérmico y las náuseas con el 5,5% respectivamente (17).



Al comparar los resultados encontramos que el efecto adverso más frecuente al tratamiento en los adultos con VIH fue efectos dermatológicos con 98% de los casos, el cual es un efecto se caracteriza por presentar lesiones en mucosa oral, sequedad cutánea, hiperpigmentación cutánea, erupciones, prurito, descamación y alopecia. Síntomas que originan que el paciente afecte su actividad diaria de forma leve y que requiera de cierta asistencia, clínicamente el manejo de la mayoría de los efectos dermatológicos, resulta variable controlando de manera específica la hidratación de la piel, no siendo un problema clínico grave, sin embargo por aparecer con el uso de todos los medicamentos, resulta primordial que el paciente tenga conocimiento sobre cada uno de los efectos, que identifique y notifique para una oportuna atención(31).

Le siguen en importancia como efecto adverso es la neuropatía periférica con el 80.7% de los casos asociada a algunos ITIAN por toxicidad mitocondrial, la frecuencia elevada se manifiesta con hormigueo, disminución de la sensibilidad y dolor en extremidades, así también La anemia se presentó en un 79.2% de los casos, siendo predominante en pacientes que presentaban niveles bajos de hemoglobina al iniciar la terapia, en cuyos casos tienen un alto riesgo de desarrollar anemia severa ( 38, 42).

Es cierto que el TARV ha producido un notorio cambio en la infección por el VIH, dado que ha originado una transformación positiva en lo que a morbimortalidad se refiere, porque se ve tangiblemente que la condición de los pacientes es favorable, sin embargo, causan efectos adversos de acuerdo al grupo farmacológico que pertenecen, como los encontrados en la presente investigación, en la cual se encontró que el 100 % de los pacientes presentaron efectos dermatológicos (44).

**En la tabla 02:** Sobre efectos adversos según grado de severidad en adultos con VIH del Hospital Virgen de la Puerta, muestra que el 70.3% presentan efectos adversos en grado II, 25.7% en grado III y 4% en grado I, no se encontraron adultos en grado IV o sin efectos adversos.

Los resultados son diferentes a los encontrados por Aguilar H, Salazar S, 2008, quienes determinaron la causalidad y gravedad de la RAM's en la terapia antirretroviral. De 184 pacientes encontraron una incidencia del 27,72% de RAM's al TARGA. Según la gravedad de las RAM's al TARGA, el 50,98% fue leve, el 39,22% fue moderado y el 9,80% fue severa.

Al comparar los resultados muestran que el 70.3% de pacientes presentaron efectos adversos grado II (moderado), es decir que el mayor porcentaje de pacientes presentó reacciones adversas que afectaron su actividad diaria levemente, a su vez el 25.3% de los pacientes presentaron efectos adversos en grado III (grave) es decir que su actividad diaria se encontró muy reducida con el tratamiento antirretroviral, el 4% de los pacientes presentaron reacciones adversas en grado I (Leves), las molestias fueron transitorias o leves y que su actividad diaria no se limitó notoriamente, no se encontraron adultos en grado 4, por lo tanto en esta investigación no se encontraron efectos adversos que limitaron de manera extrema la actividad diaria de los pacientes (8).

Esto muestra que actualmente los medicamentos antirretrovirales tienen un mejor perfil de tolerabilidad, dado que los avances en el desarrollo de nuevos medicamentos contra el VIH se han centrado en reducir los efectos adversos, de tal manera que estos afecten lo menos posible la calidad de vida de los pacientes, sin embargo como nos muestra la presente investigación se presentan y en grados de severidad moderada y grave, lo que ocasiona que un alto porcentaje de pacientes se encuentre

afectado en su actividad diaria, generando cambios en su calidad de vida, alterando su bienestar y lo cual genera cambios en esquemas de tratamiento e ingresos a hospitalización (5).

**En la Tabla N°03** Según la adherencia al tratamiento en adultos con virus de inmunodeficiencia humana, donde el 19.3% son pacientes adherentes y el 80.7% son no adherentes, los resultados son diferentes a los encontrados por Balcindes S. que Investigó la adherencia al tratamiento en pacientes con VIH donde el 75.8% de pacientes se encontraban adheridos al tratamiento (14).

Según los criterios investigados la baja adherencia encontrada está relacionada directamente a que el 94% de los pacientes dejan de tomar el medicamento si se siente bien, el 62.9 % se olvida de tomar sus medicamentos, 56.5% deja de tomarlos si se siente mal, el 51% es descuidado con la hora de tomar sus medicamentos. Esto nos muestra que los pacientes que son atendidos en el programa de soporte para pacientes con VIH, no son responsables con la toma de medicamentos, lo cual afecta la adherencia, que como sabemos esta es la actitud de los pacientes frente a la toma y cumplimiento de medicamentos indicados.

Podemos ver que uno de los factores relacionados al tratamiento se encuentra vinculado a las características del esquema del TARV es decir frecuencia de dosis, sabor de las pastillas, duración del tratamiento, etc. Con ello reconocemos que es de suma importancia que todo paciente que inicia el tratamiento debe estar preparado desde el punto de vista cognitivo, conductual y emocional para asegurar una mejor adherencia, la cual cumple un papel clave en garantizar la efectividad de los fármacos (43).

La presente investigación se basó en el modelo de promoción de la salud de Nola Pender quien nos habla de estilos de vida determinado por

factores cognitivos-perceptuales, que se relacionan con la toma de decisiones o conductas favorecedoras de la salud. Modificando factores y motivando para realizar dichas conductas podremos lograr una mejora en el estado de salud reflejado en una mejor adherencia del paciente al tratamiento antirretroviral (43).

Por lo que el papel de la enfermera que atiende en el programa de soporte para pacientes con VIH resultaría fundamental; para generar conductas favorecedoras de salud y modificación de hábitos desde un enfoque cognitivo en la correcta toma de decisiones, frente a la toma de medicamentos y mejor manejo de molestias generadas por los efectos adversos de la terapia antirretroviral. Es por ello que la primera entrevista de enfermería es la oportunidad de establecer una buena relación con la persona, lo que permitirá darle la confianza para que pueda expresar sus dudas y asegurar que regrese en las siguientes citas (8).

**En la tabla 4** Respecto a la relación entre los efectos adversos en la adherencia al tratamiento en el adulto con virus de inmunodeficiencia humana.

El valor de Chi-cuadrado de 46.458, con un nivel de significación de valor  $p < 0.001$  me permite aceptar la hipótesis alterna que considera que los efectos adversos se relacionan con la adherencia al tratamiento en el adulto con virus de inmunodeficiencia. De esta manera se evidencia que los efectos adversos del TARV afectan de manera negativa la adherencia al tratamiento, según la gravedad con la que se presentan.

Demostrando así que los efectos adversos de los medicamentos antirretrovirales afectan negativamente la calidad de vida y crean un gran impacto en la adherencia, dando como resultado una baja adherencia y discontinuidad en la toma del TARV, manifestándose en el incumplimiento del mismo y de las indicaciones terapéuticas, habiéndose demostrado que

una baja adherencia se relaciona con un aumento de ingresos hospitalarios, la evolución a SIDA y es la principal causa de fracaso terapéutico (26).

## **CONCLUSIONES**

1. Los efectos adversos al tratamiento antirretroviral que presentaron los adultos con VIH fueron dermatológicos en un 98%, neuropatía periférica con un 80.7%, anemia en un 79.2%, manifestaciones neuropsicológicas 62.9%, pancreatitis 40.6%, alteraciones cardiovasculares 38.6%, miopatía 32.7%, osteopenia y osteoporosis 25.2%, toxicidad hepática 22.5%, síndrome de lipodistrofia 6.4% y la acidosis láctica con el 2.0%.
2. Los efectos adversos del tratamiento antirretroviral en adultos con VIH según al grado de severidad fueron: grado III grave el 25.7%, en grado II moderado el 70.3 % y en grado I ligero el 4% de los casos.

3. La adherencia al tratamiento antirretroviral en adultos con VIH fue 80.7% no adherentes y el 19.3% adherentes.
4. Se encontró que los efectos adversos y la adherencia se relacionan con el tratamiento antirretroviral.

## **RECOMENDACIONES**

- Que la enfermera responsable del programa de soporte para pacientes con VIH identifique diariamente los efectos adversos y lo notifique de inmediato para el manejo respectivo por el equipo multidisciplinario.
- Planificar y ejecutar actividades educativas individuales como la consejería y la información enfocadas en cada paciente VIH, orientadas a fortalecer la adherencia al tratamiento a partir de prácticas rutinarias para garantizar la toma de sus medicamentos.

- Planificar y ejecutar actividades educativas grupales como talleres con los pacientes VIH que permitan identificar los factores que pueden favorecer la adherencia al tratamiento.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. VIH/SIDA. Centro de prensa. Nota Descriptiva noviembre 2019. [On line]. [Citado el 18/06/20]. Disponible en URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/es/>
2. Programa Conjunto de las Naciones Unidas Sobre El Vih/Sida (ONUSIDA) Hoja Informativa 2019. [On line]. [Citado el 01/09/2019]. Disponible en URL: [file:///C:/Users/ACER/Desktop/tesis/UNAIDS\\_FactSheet\\_es.pdf](file:///C:/Users/ACER/Desktop/tesis/UNAIDS_FactSheet_es.pdf)
3. ONUSIDA. Women and girls 2018. [On line]. [Citado el 28/04/2020]. Disponible en URL: <https://www.unaids.org/es/keywords/women-and-girls>

4. Perez J. Pérez D. Compeán M. Staines M. Ortiz L. Efectos secundarios del tratamiento antirretroviral y apego en pacientes con VIH de dos instituciones públicas. Med Int Méx. 2016 julio; 32(4):396-406.
5. Zacarías J. Reacciones adversas más frecuentes de los fármacos antirretrovirales Rev. virtual Soc. Parag. Med. Int. setiembre 2014; 1 (2):13-27
6. Ministerio de Salud. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y control de Enfermedades- Boletín VIH diciembre 2018.
7. Ministerio de Salud. Situación Actual del VIH- SIDA en el Perú. DIGEMID. 2018. [On line]. [Citado el 01/09/2018]. Disponible en URL: <http://www.digemid.minsa.gob.pe/UpLoad/UpLoaded/PDF/EAccMed/ReunionesTecnicas/PONENCIAS/2018/DIA3/SituacionActualVIH-SIDA.pdf>
8. Catañeda M. Arévalo J. Campos J. Módulo de capacitación de equipos de salud de los diferentes niveles de atención considerando la descentralización del TARGA manual informativo. Diciembre 2017.
9. Gerencia Regional de Salud. Oficina de Epidemiología e Información. Boletín Epidemiológico VIH –SIDA. Febrero 2018, 12; 12: 27.
10. Departamento de Estadística. Datos epidemiológicos de pacientes con VIH. Hospital de Alta Complejidad Virgen de la Puerta. EsSalud, 2019.
11. Lozano F, Viciano P. Efectos adversos del tratamiento antirretrovírico: importancia y espectro clínico. En: Lozano F, Viciano P, editores. Efectos adversos del tratamiento antirretrovírico. Madrid: Scientific Communication Management, S.L.; 2003. p. 11-8.



12. Bazan S, Chaname L, Maguina C. Adherencia al TARGA en VIH /SIDA: Un Problema de Salud Pública. Acta méd. peruana. 2013, vol.30, n.2, pp.101-102. ISSN 1728-5917.
13. Montalvo A. Herrera A. Sida: Sufrimiento de las personas con la enfermedad, Cartagena. Av Enferm. 2015; 33(1):85-93.
14. Balcindes S. Martín L y otros. Adherencia al tratamiento en pacientes VIH del policlínico universitario "Luis Galván Soca" Centro Habana. Convención Internacional de Salud. Cuba 2018.
15. Pérez J. Pérez D. Compeán M. Staines M. Ortiz L. Efectos secundarios del tratamiento antirretroviral y apego en pacientes con VIH de dos instituciones públicas. Med Int Méx. 2016 julio; 32(4):396-406.
16. Vilató L. Libertad M. Pérez L. Adherencia terapéutica y apoyo social percibido en personas que viven con VIH/sida. Revista Cubana de Salud Pública. 2015; 41(4):620-630.
17. Cieza T. Factores asociados con las reacciones adversas al tratamiento antirretroviral inicial en personas mayores de 18 años viviendo con VIH-sida en el Hospital II-2 Tarapoto, agosto 2014- agosto 2016. [Tesis]. Tarapoto (Perú): Universidad Nacional de San Martín, 2016.
18. Aguilar H, Salazar S. Determinación de la causalidad y gravedad de RAMS en la terapia antirretroviral en pacientes del Hospital Regional-Iquitos, Febrero-Julio 2008. [Tesis para obtener el título de químico farmacéutico]. Universidad Nacional de la Amazonía Peruana, 2013, pp.60- 87.
19. Matute N. Factores predictores (factores adversos, depresión, consumo de alcohol) de la adherencia no adecuada al tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) en pacientes que viven con VIH/SIDA. [Tesis]. Trujillo (Perú): Universidad Nacional de Trujillo, 2016

20. Rojas W, Cano L. Síndrome de inmunodeficiencia adquirida SIDA, En: Rojas W, Cano L, editores. Inmunología, 12ava edición, Medellín Colombia, CIB, 2001, p. 281-291.
21. Bernard H. Infección por VIH, En Frederick S, editor, Enfermedades infecciosas, 2da ed. México: Mc Graw Hill; 2009. P. 403-405.
22. Arnau V, Ramírez T, Características de las reacciones adversas medicamentosas en pacientes con tratamiento antirretroviral de gran actividad en el programa del Centro Materno Infantil San José de Villa El Salvador, de 2006 a 2010. [Tesis para obtener el título de químico farmacéutico], Universidad Wiener, 2015. Perú.
23. Longo DL, Fauci AS, Kasper DL, Huaser SL, Jameson JL, Loscalso J, editors. Harrison principios de medicina interna. Vol 2. 19ª ed. México: McGraw-Hill; 2012.
24. Nájera R, Thomson M, Medrano L. Guía práctica del SIDA: Clínica, diagnóstico y tratamiento. 6.ª ed. Barcelona: Masson, 2000.
25. Peakman M, Vergani D. Virus de inmunodeficiencia humana y Sida. En Peakman M, Vergani D, editores. Inmunología básica y clínica, 2da ed. London, Elsevier, 2003, p. 283-290.
26. Organización Mundial de la Salud. El incumplimiento del tratamiento prescrito para las enfermedades crónicas es un problema mundial de gran envergadura. Centro de prensa. [On line]. [Citado el 10/07/17]. Disponible en URL: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr54/es/>.
27. Krieger J, El sida y la infección por HIV en Urología. En Walsh C, Wein A, editores. Urología, Vol 1, 9na ed. Buenos Aires, Panamericana, 2008.

28. Lynch S. Adherencia al tratamiento farmacólogo. Manual MSD. [On line]. 2019 [citado 23 Mar 2019]; 15(3): 20-26. Disponible en URL: <https://www.msdmanuals.com/es-pe/hogar/f%C3%A1rmacos/factores-que-influyen-en-la-respuesta-del-organismo-a-los-f%C3%A1rmacos/adherencia-al-tratamiento-farmacol%C3%B3gico>.
29. Apasa K, Ortega C, Factores De Tratamiento, Entorno Y Adherencia Al Tratamiento Antirretroviral De Gran Actividad En Personas Con Vih/Sida, Hospital Goyeneche Arequipa – 2014. [tesis]. Universidad Nacional de San Agustín, Arequipa, 2014.
30. Norma Técnica N° 097- MINSA/2018/DGIESP - V.03. Norma Técnica de Salud de Atención Integral del Adulto con Infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).
31. Escobedo I, Efectos secundarios en el tratamiento antirretroviral. An Efec.med.2015. 80(3)
32. Carlos C, Adrián S, Juan S, Iván D, Renán G, Pedro G. Síndrome de lipodistrofia en pacientes con infección por VIH que reciben tratamiento antirretroviral. Med Int Mex 2008; 24(1):8-15.
33. Fernández R, Gutiérrez C, Castro P, Flores A, Cancino E. Síndrome de lipodistrofia en pacientes con VIH/sida que reciben terapia antirretroviral de gran actividad en Tepic, México. Rev Cubana Farm. 2012; 46(2).
34. Rodríguez S. Aguilar C. Anormalidades metabólicas en pacientes con infección por VIH. Rev Invest Clin. 2004 Mar-Apr; 56(2): 193-208.
35. Lana R. Núñez M. Mendoza J. Soriano V. Rate and risk factors of liver toxicity in patients receiving antiretroviral therapy. Med Clin (Barc). 2001 Nov 17; 117(16):607-10.

36. Manfredi R, Calza L. HIV infection and the pancreas: risk factors and potential management guidelines. *Int J STD AIDS*. 2008 Feb; 19(2): 99-105.
37. Neumann T. Kondratieva J. Eggebrecht H. Wieneke H. Esser S. Bartel T. Erbel R. Coronary heart disease associated with the use of highly active antiretroviral therapy (HAART). A case report and review. *Herz*. 2005 Sep; 30(6):504-9.
38. Blanes M. Belinchón I. Portilla J. Cutaneous drug reactions in HIV-infected patients in the HAART era. *Actas Dermosifiliogr*. 2009 May; 100(4): 253-65.
39. Vásquez S. Buscando salida a los efectos colaterales del tratamiento antiretroviral. Noticia de prensa. Responsable cable. 2013. Disponible en URL: <http://www.corresponsalescable.org/2014/09/buscando-salidas-a-los-efectos-colaterales-del-tratamiento-antirretroviral.html>
40. Lehloenya R. Kgokolo M. Clinical presentations of severe cutaneous drug reactions in HIV-infected Africans. *Dermatol Clin*. 2014 Apr; 32(2): 227-35.
41. Erlandson K. O'Riordan M. Labbato D. McComsey G. Relationships between inflammation, immune activation, and bone health among HIV-infected adults on stable antiretroviral therapy. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2014 Mar 1; 65(3): 290-8.
42. Redig A. Berliner N. Pathogenesis and clinical implications of HIV-related anemia in 2013. *Hematology Am Soc Hematol Educ Program*. 2013; 2013: 377-81.
43. Cabanelas N. Ferreira P. Roxo F. Cardiovascular complications of highly active antiretroviral therapy: case report. *Rev Port Cardiol*. 2009 Jun; 28(6): 749-58.

44. Gobierno Federal de Salud. Guía de enfermería para la atención de las personas con VIH. México 2010.
45. Fariña T, Navarro D, et al. Fármacos en paciente con VIH antirretrovirales y otros problemas de salud, boletín canario de uso racional del medicamento del SCS, Vol. 7, servicio canario de la salud.
46. Alcántara, D. Factores Asociados a la Adherencia al TARGA en pacientes con VIH/SIDA del Hospital Nacional Hipólito Unanue”. [Tesis] Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina. 2009.
47. Oscar A, Liz de C, Lourdes C, Cristina D, Judith D, Mary R. Factores asociados a la no adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en adultos infectados con el VIH-sida. An Fac med.2009, 70(4):266-72.
48. Hernando K, Carlos C, et al. Recomendaciones para mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral An enfer infecc Microbiol clin 2000; 18:27-39.
49. Marrier A. Modelos y Teorías en Enfermería. 3ra ed. Madrid, España: Harcourt – Brace; 1997. Pp. 106 – 107.
50. Medellin G y Cilia E. Crecimiento y Desarrollo del ser humano. 1era ed. Tomo II. Washington: Ed. OMS, 1995. Pp: 807
51. Herraiz F. Variables psicosociales y adhesión terapéutica al tratamiento antirretroviral en pacientes reclusos. 2006 Dpto. Psiquiatría y Medicina Legal. Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Barcelona.
52. Pender N y cols. Health Promotion in Nursing Practice. Flesht Edition; 2011
53. Ajzen I. y Fishbein M. Understanding attitudes and predicting social behavior. New Jersey: Prentice – Hall, Inc. 1975; pág. 6.

54. Aristizabal G. Blanco D. et all. El modelo de la promoción de la salud- Enfermería Universitaria ENEO-UNAM Vol 8; Octubre-Diciembre 2011
55. Giraldo A. Toro R. Et all. La promoción de la salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables, vol. 15, num. 1 Enero a junio 2010, pp.128-143 Universidad de Caldas- Colombia.
56. Wu T, Pender NJ. A Panel Study of Physical Activity in Taiwanese Youth: Testing the Revised HealthPromotion Model. Family & Community Health 28. 113-124; 2011
57. Hernández R. Fernández C. Baptista P. Metodología de la Investigación. Tercera Edición. México: McGraw-Hill Interamericana, 2003.p. 270-273
58. Morisky D. Green L. Levine D. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. Med Care 1986; 24: 67-74

## **ANEXO N°1**

### **CALCULO DEL TAMAÑO DE MUESTRA**

A continuación, se muestran los cálculos para el tamaño de muestra que se tomará para el presente trabajo de investigación, teniendo en cuenta que se optará por un muestreo aleatorio simple, teniendo una población de 423 adultos con Virus de Inmunodeficiencia humana del Hospital Virgen de la Puerta.

Formulas empleadas:

Tamaño de muestra inicial:

$$n_0 = \frac{Z_{\alpha}^2 * p_e * q_e}{E^2} \dots (1)$$

Dónde:

$n_0$  : Tamaño de la muestra

$Z_{\alpha}$  : Coeficiente de confiabilidad

$p_e$  : Frecuencia de aparición del fenómeno

$q_e$  :  $100 - p_e$   $n_0$

E: Error tolerado

Tamaño de la muestra ajustada:

$$n_f = \frac{n_0}{1 + \frac{n_0 - 1}{N}} \dots (2)$$

Donde:

N : Universo

$n_0$ : Tamaño de muestra inicial

Reemplazando valores en la ecuación 1

$Z_{\alpha}$  : 1.96 (para un nivel de precisión del 95%)

$p_e$  : 0.5

$q_e$  : 0.5

E : 5%

$$n_0 = \frac{Z_{\alpha}^2 * p_e * q_e}{E^2}$$

$$n_0 = \frac{1.96^2 * 0.5 * 0.5}{0.05^2}$$

$$n_0 = 384.16$$

Reemplazando los valores obtenidos en la ecuación 2:

$$n_0 = 384.16$$

$$N = 423$$

$$n_f = \frac{n_0}{1 + \frac{n_0 - 1}{N}}$$

$$n_f = \frac{384.16}{1 + \frac{384.16 - 1}{423}}$$

$$n_f = 229.7$$

$$n_f \approx 201.53$$

El número de muestra para este proyecto será de 201.53 adultos con virus de inmunodeficiencia humana, con esto nos aseguraremos de tener una muestra representativa del universo.

## **ANEXO N°2**

### **SOLICITAMOS AUTORIZACIÓN PARA REALIZAR ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN**

Trujillo, 12 de Setiembre 2019

Señora Magister

Mily Núñez

Jefe de la oficina de Capacitación Investigación y Docencia de la Red Asistencial La Libertad.



Presente. –

De nuestra mayor consideración:

Nos dirigimos a usted, Norma Alvarado Casanova y Ana Elizabeth Barreno Luna Victoria, para hacerle llegar nuestro cordial saludo, y a la vez, manifestarle que, como Bachilleres de la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Privada Antenor Orrego, estamos realizando un trabajo de investigación denominado **“EFECTOS ADVERSOS Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DEL ADULTO CON VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA. HOSPITAL VIRGEN DE LA PUERTA - TRUJILLO, 2019”**, cuya recolección de datos se llevará a cabo en el mes de octubre.

En tal sentido, agradeceremos a Usted se sirva facilitarnos el permiso para la realización del estudio.

Conocedores de su alto espíritu de colaboración; hacemos propicia la ocasión para reiterarle los sentimientos de nuestra mayor consideración y estima personal.

Atentamente,

---

Norma Alvarado Casanova

---

Ana Elizabeth Barreno Luna Victoria

### **NEXO N° 3**

**UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO**

**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA DE ENFERMERÍA**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo..... identificada con DNI N°..... después de haber recibido la información acerca de la investigación a realizar por las Bachilleres en Enfermería Norma Alvarado Casanova y Ana Elizabeth Barreno Luna Victoria, acepto ser entrevistado y observada con el fin de contribuir a la investigación sobre **EFFECTOS ADVERSOS Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DEL ADULTO CON VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA. HOSPITAL VIRGEN DE LA PUERTA- TRUJILLO, 2019**, el día y la hora que se acuerda, en donde se me aplicará un cuestionario, cuyo tiempo para su resolución del mismo será de aproximadamente de 15 minutos.

Concedo a libre voluntad mía, la aplicación de este instrumento en mi persona, y por el cual no recibiré ningún beneficio directo como resultado de mi participación ya que es totalmente voluntario. Además, recibo como garantía que la información será tratada con criterio y con confidencialidad y muestra identidad con criterio y anonimato.

Trujillo\_\_de\_\_\_\_\_2019

---

Noma Alvarado Casanova

---

Ana Elizabeth Barreno Luna Victoria

#### **ANEXO N°4**



**UNIVERSIDAD PRIVADA ANTEOR ORREGO**

**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA DE ENFERMERÍA**

## Reporte de sospecha de reacción adversa a medicamento antirretroviral

**Autores:** Arnao V. Ramírez T. (2010)

### I. Datos del paciente

1. Edad: ..... 2. Historia clínica N°: ..... 3. Sexo: F ( ) M ( )

4. Tiempo de tratamiento: .....

**Esquema:** .....

**Fecha Inicio (dd/mm/aa):** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

### III. Reacción adversa a medicamentos antirretrovirales (RAMA)

Descripción de la reacción medicamentosa	Fecha de inicio	Fecha final
Síndrome de lipodistrofia		
Acidosis láctica		
Miopatía		
Toxicidad hepática		
Pancreatitis		
Neuropatía periférica		
Manifestaciones neuropsicológicas		
Osteopenia y osteoporosis		
Anemia		
Alteraciones cardiovasculares		
Efectos dermatológicos		

## ANEXO N°5



**UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO**

**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA DE ENFERMERÍA**

## TEST DE CUMPLIMIENTO AUTOCOMUNICADO DE MORISKY, GREEN LEVINE

**Autores:** Morisky, Green, Levine (1989)

### Instrucciones:

Estimado(a) usuario a continuación presentamos los siguientes ítems que, agradeceríamos contestar con sinceridad indicando con un aspa (X) la respuesta que considere conveniente.

### I. DATOS PERSONALES:

- Edad: .....
- Sexo:  
Femenino ( ) Masculino ( )

ITEMS	SI	NO
1.- ¿Se olvida alguna vez de tomar el medicamento?		
2.- ¿Es descuidado(a) con la hora en que debe tomar los medicamentos?		
3.- Cuando se encuentra mejor ¿Deja de tomar sus medicamentos?		
4.- Si alguna vez se siente mal ¿Deja de tomarlos?		

## ANEXO Nº 6

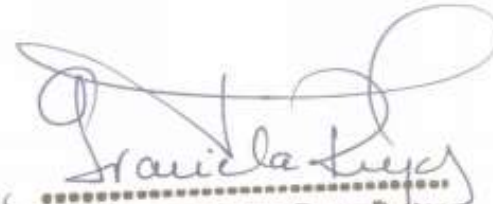
**Relación entre los efectos adversos y adherencia al tratamiento en adultos con virus de inmunodeficiencia humana. Hospital Virgen De La Puerta – Trujillo, 2019.**

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	46,458 <sup>a</sup>	2	,000
Razón de verosimilitud	49,188	2	,000
Asociación lineal por lineal	34,470	1	,000
N de casos válidos	202		

a. 1 casillas (16,7%) han esperado un recuento menor que 5.  
El recuento mínimo esperado es 1,54.

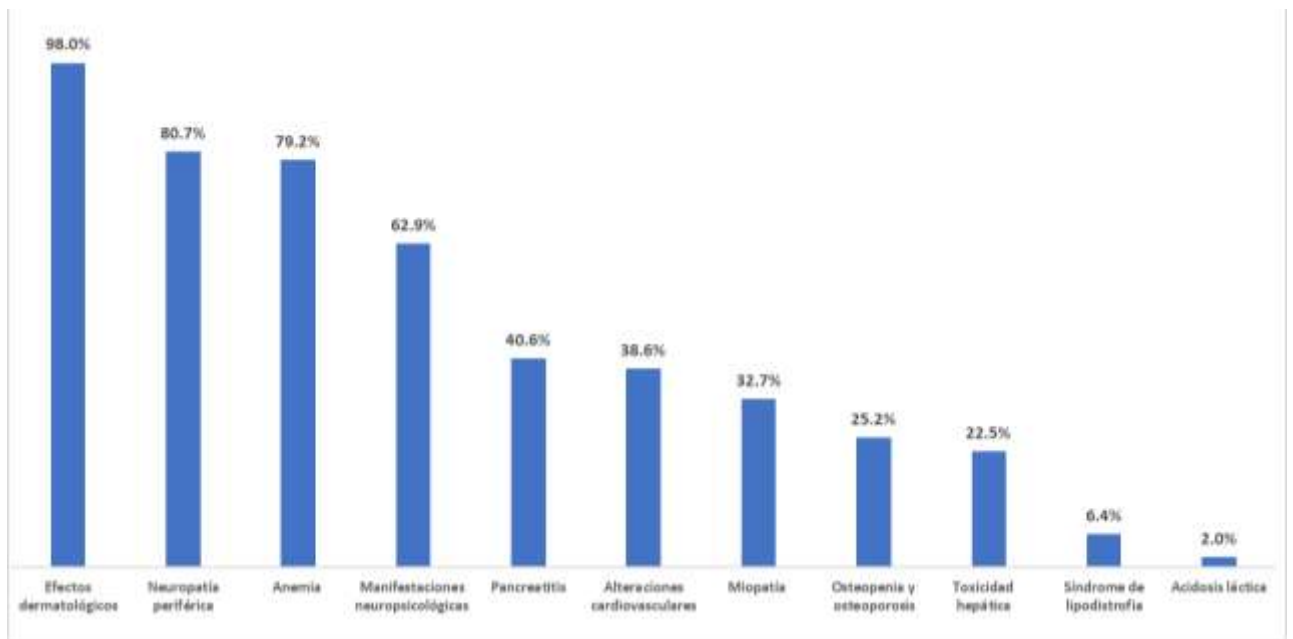
Para el análisis estadístico se optó por la prueba de Chi-cuadrado, la cual fue propuesta por Karl Pearson en 1911 para contrastar la hipótesis según la cual dos variables categóricas serían independientes. Utilizando el SPSS se aplicó Chi-Cuadrado mediante tablas de contingencia para comparar las variables efectos adversos y adherencia al tratamiento. De lo cual se obtuvo el valor de Chi-cuadrado de 46.458, con un nivel de significación  $p < 0.001$ , por lo que se considera que las variables presentan asociación entre sí, es decir los Efectos Adversos y Adherencia al tratamiento están relacionados.



Mg. Graciela Esther Reyes Pastor  
COESPE : 636  
INGENIERO ESTADISTICO

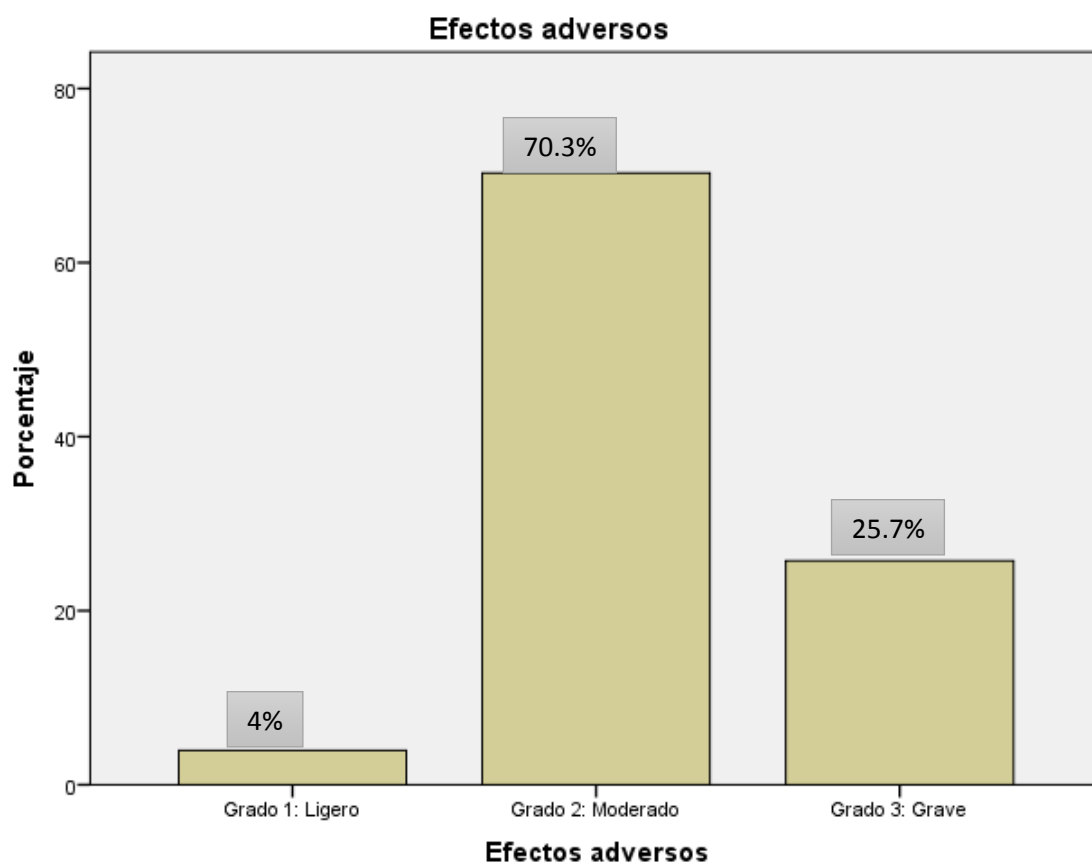
### ANEXO N° 7

**Efectos adversos al tratamiento antirretroviral en adultos con virus de inmunodeficiencia humana. Hospital Virgen De La Puerta – Trujillo, 2019.**



## ANEXO N° 8

**Efectos adversos al tratamiento según grado de severidad en adultos con virus de inmunodeficiencia humana. Hospital Virgen De La Puerta – Trujillo, 2019.**



## ANEXO N° 10

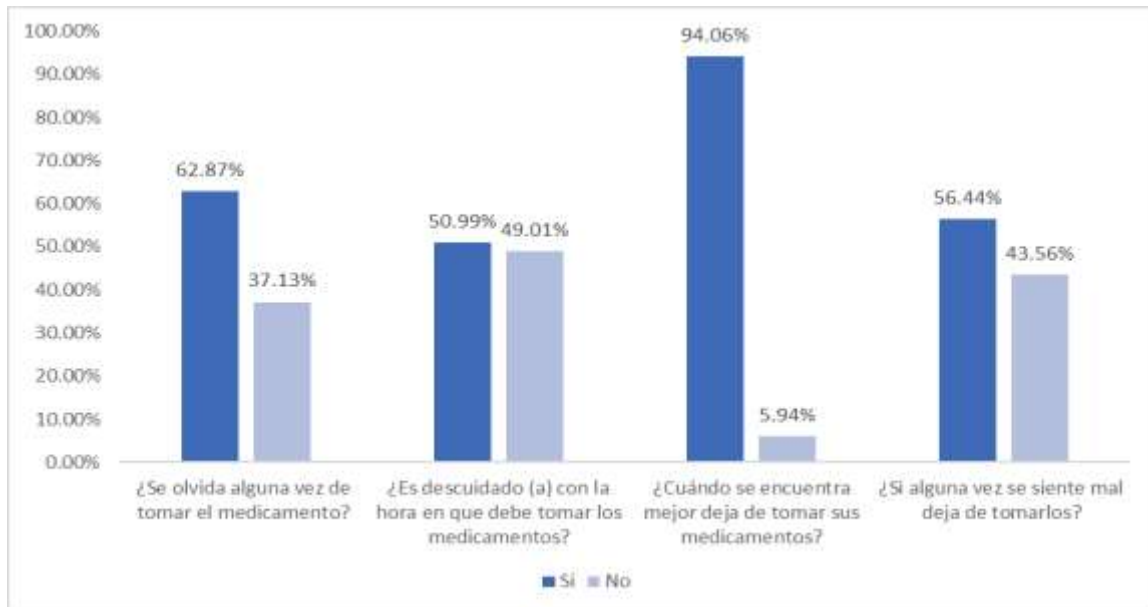
**Adherencia relacionada a la toma de medicamentos en adultos con virus de inmunodeficiencia humana. Hospital Virgen De La Puerta –Trujillo, 2019.**

PREGUNTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
	SI		NO	
1. Se olvida alguna vez de tomar el medicamento?	127	62.9%	75	37.1%
2. ¿Es descuidado(a) con la hora en que debe tomar los medicamentos?	103	51%	99	49%
3. ¿cuándo se encuentra mejor deja de tomar sus medicamentos?	190	94.1%	12	5.9%
4. ¿Si alguna vez se siente mal deja de tomarlos?	114	56.5%	88	42.5%

Fuente: Test del cumplimiento autocomunicado de Moriski



**Adherencia relacionada a la toma de medicamentos en adultos con virus de inmunodeficiencia humana. Hospital Virgen De La Puerta – Trujillo, 2019.**



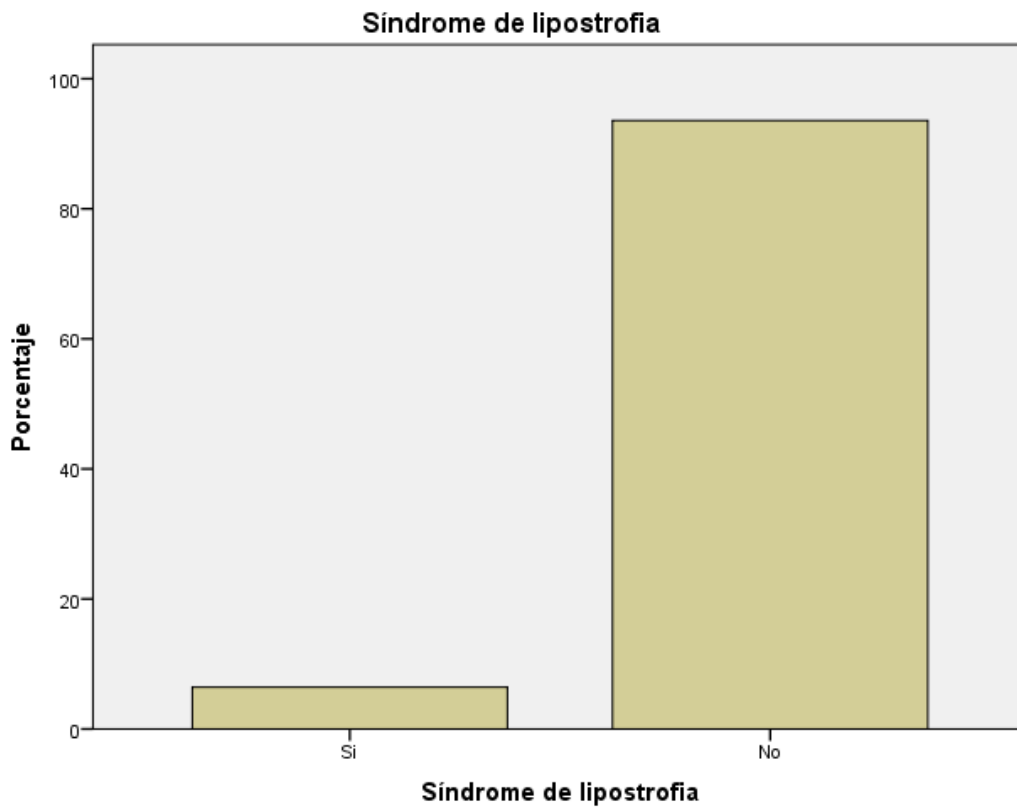
**ANEXO Nº 12**

## EFFECTOS ADVERSOS

**Grafico 1**

### Síndrome de lipostrofia

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	13	6,4	6,4	6,4
	No	189	93,6	93,6	100,0
	Total	202	100,0	100,0	



**Gráfico Nº 2**

### Acidosis láctica

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	4	2,0	2,0	2,0
	No	198	98,0	98,0	100,0
	Total	202	100,0	100,0	

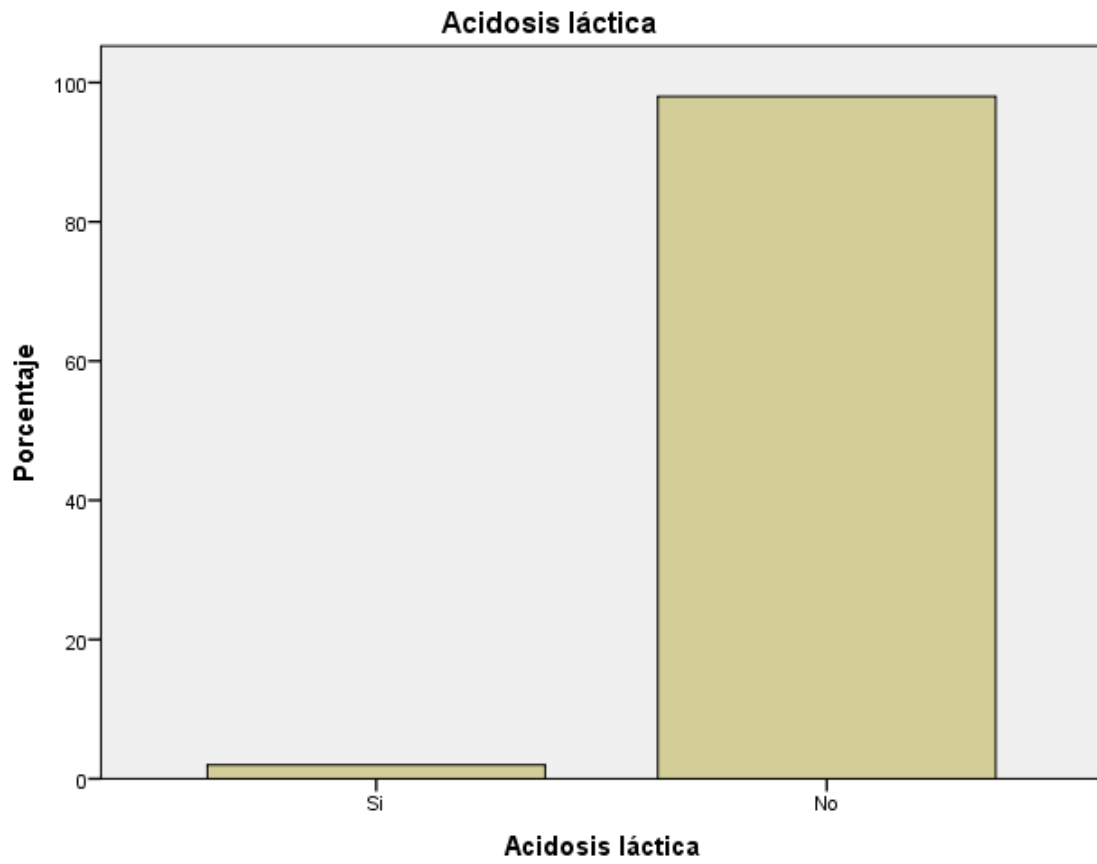
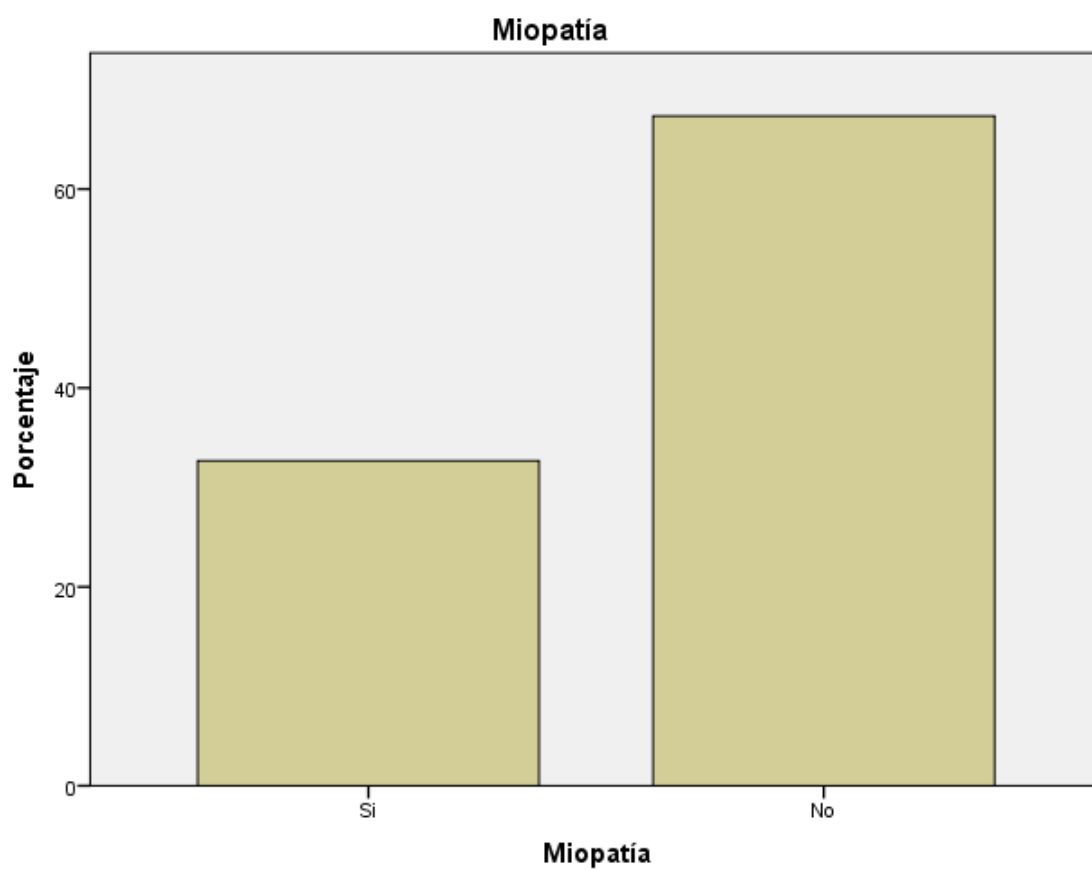


Gráfico Nº 3

### Miopatía

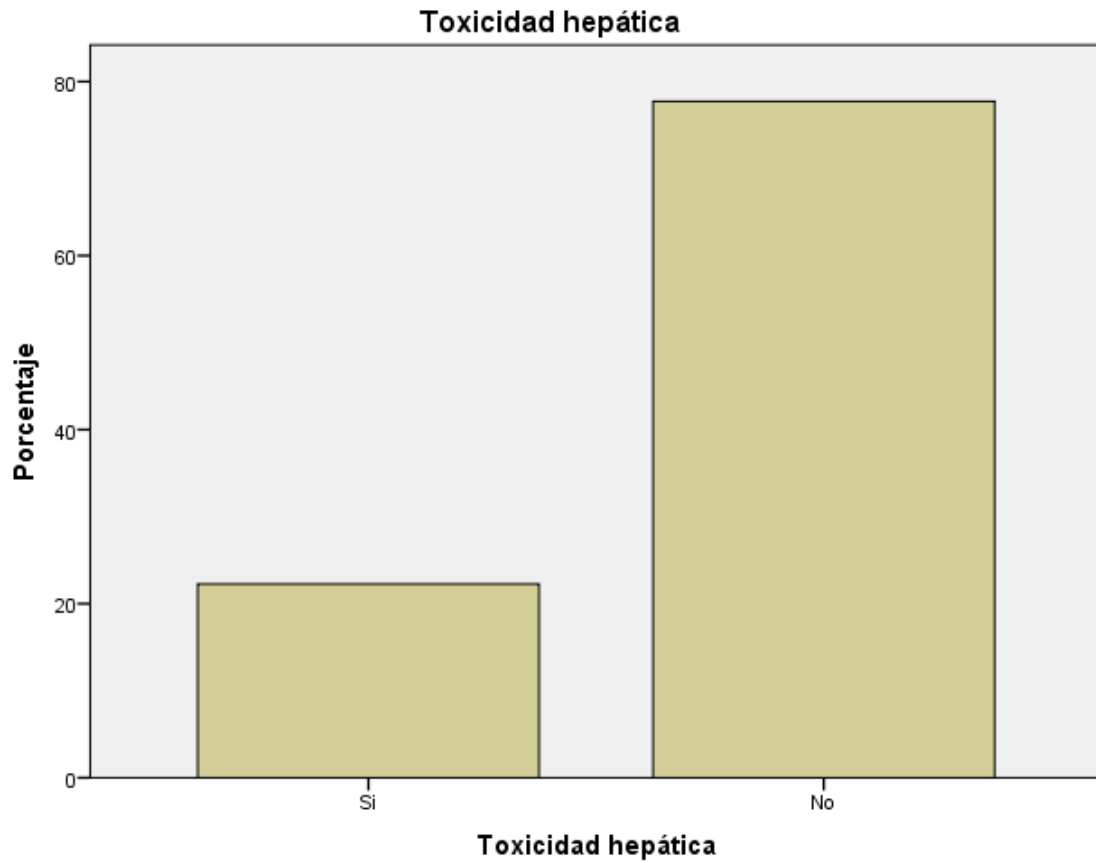
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	66	32,7	32,7	32,7
	No	136	67,3	67,3	100,0
	Total	202	100,0	100,0	



**Gráfico Nº 4**

### Toxicidad hepática

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	45	22,3	22,3	22,3
	No	157	77,7	77,7	100,0
	Total	202	100,0	100,0	



**Gráfico Nº 5**

### Pancreatitis

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	82	40,6	40,6	40,6
	No	120	59,4	59,4	100,0
	Total	202	100,0	100,0	

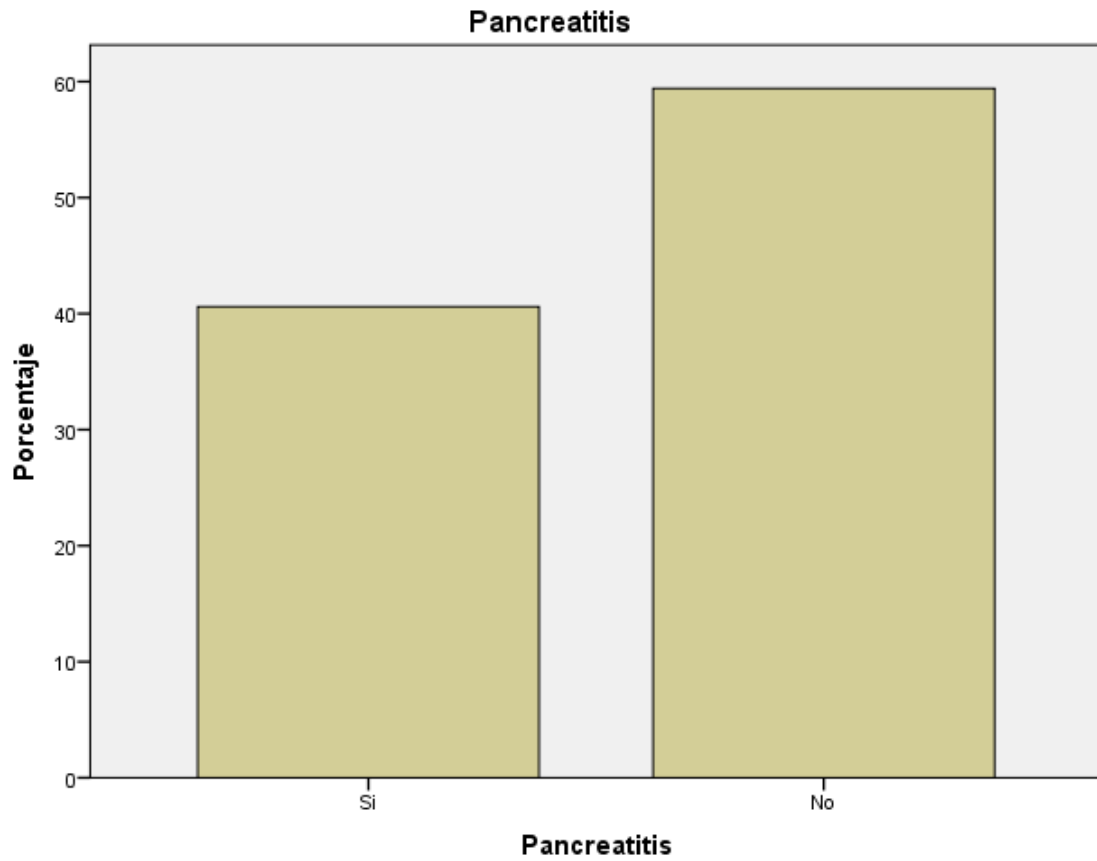


Gráfico Nº 6

### Neuropatía periférica

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	163	80,7	80,7	80,7
	No	39	19,3	19,3	100,0
	Total	202	100,0	100,0	

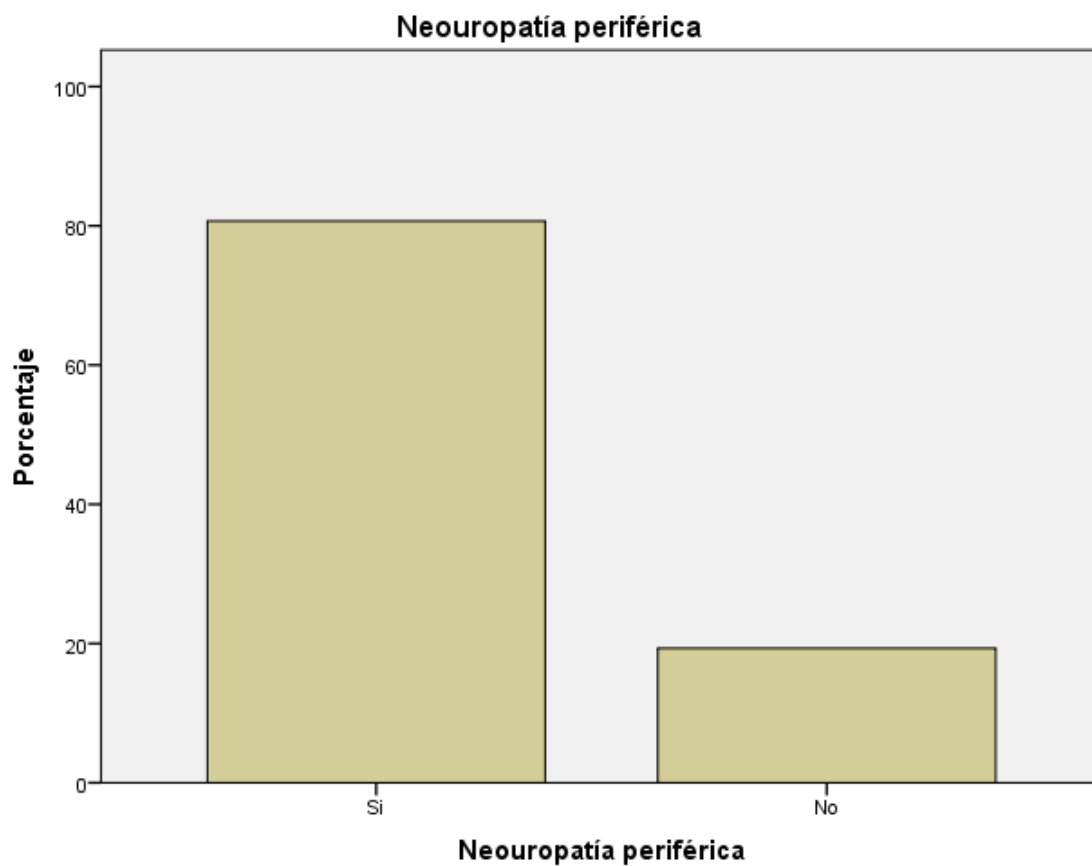


Gráfico Nº 7

### Manifestaciones neuropsicológicas

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	127	62,9	62,9	62,9
	No	71	35,1	35,1	98,0
	3,00	4	2,0	2,0	100,0
	Total	202	100,0	100,0	

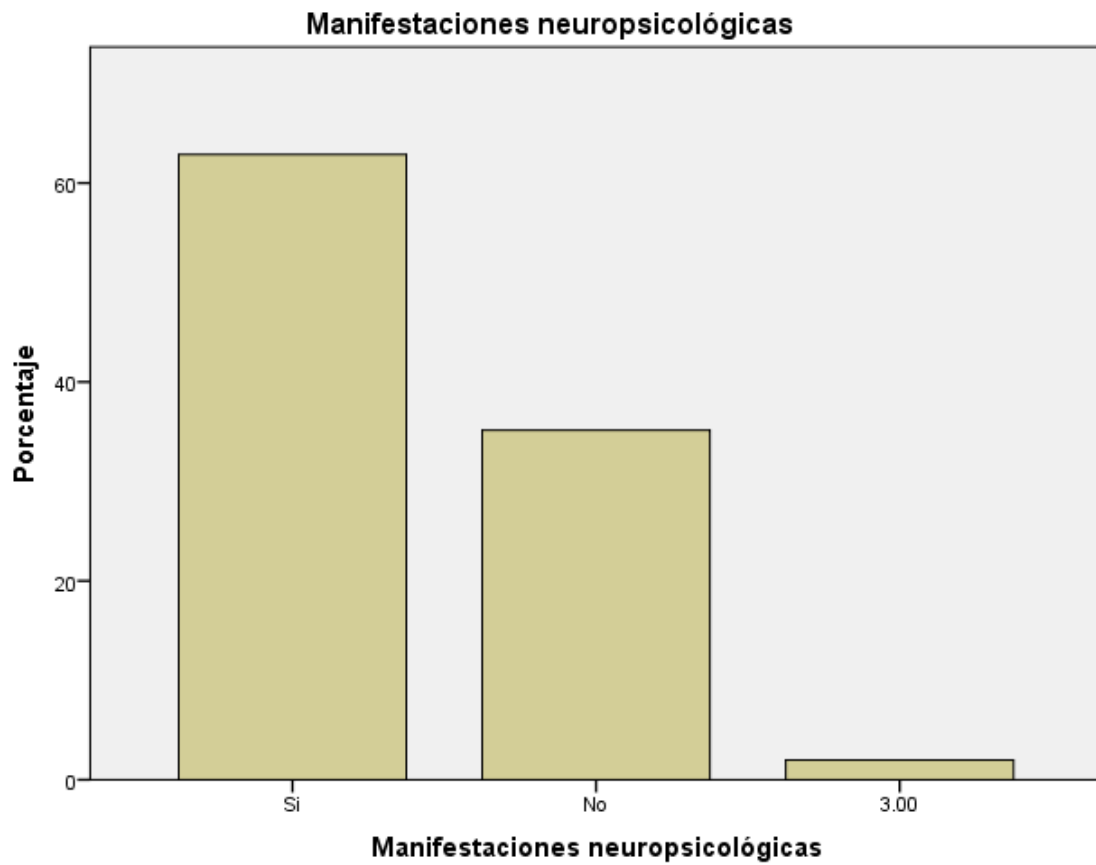


Gráfico Nº 8



### Osteopenia y osteoporosis

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	51	25,2	25,2	25,2
	No	147	72,8	72,8	98,0
	3,00	4	2,0	2,0	100,0
	Total	202	100,0	100,0	

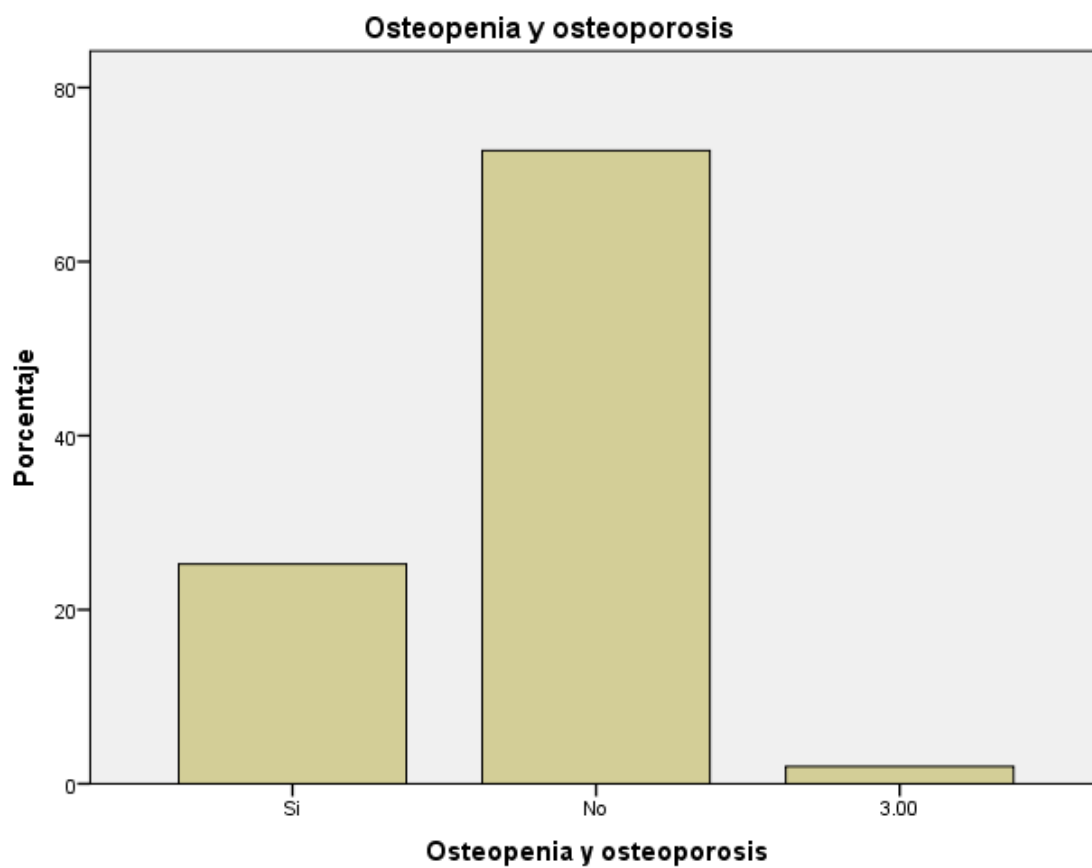


Gráfico Nº 9

### Anemia

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	160	79,2	79,2	79,2
	No	42	20,8	20,8	100,0
	Total	202	100,0	100,0	

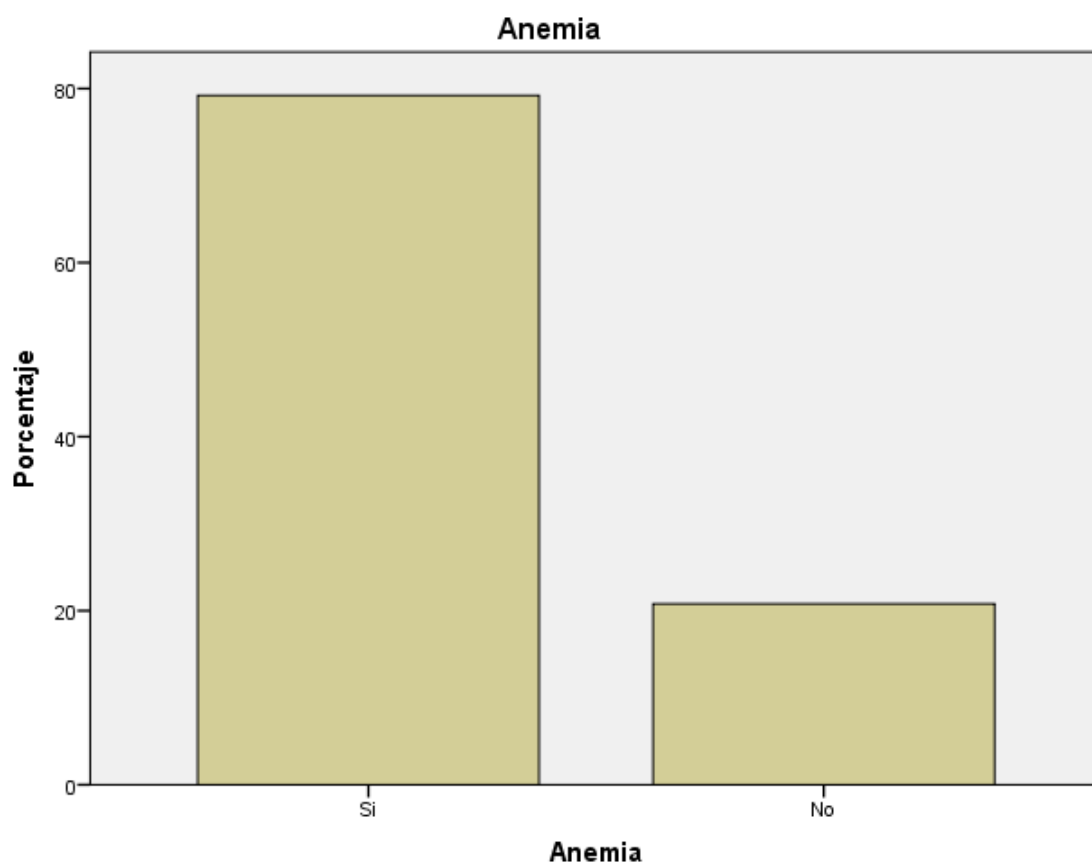
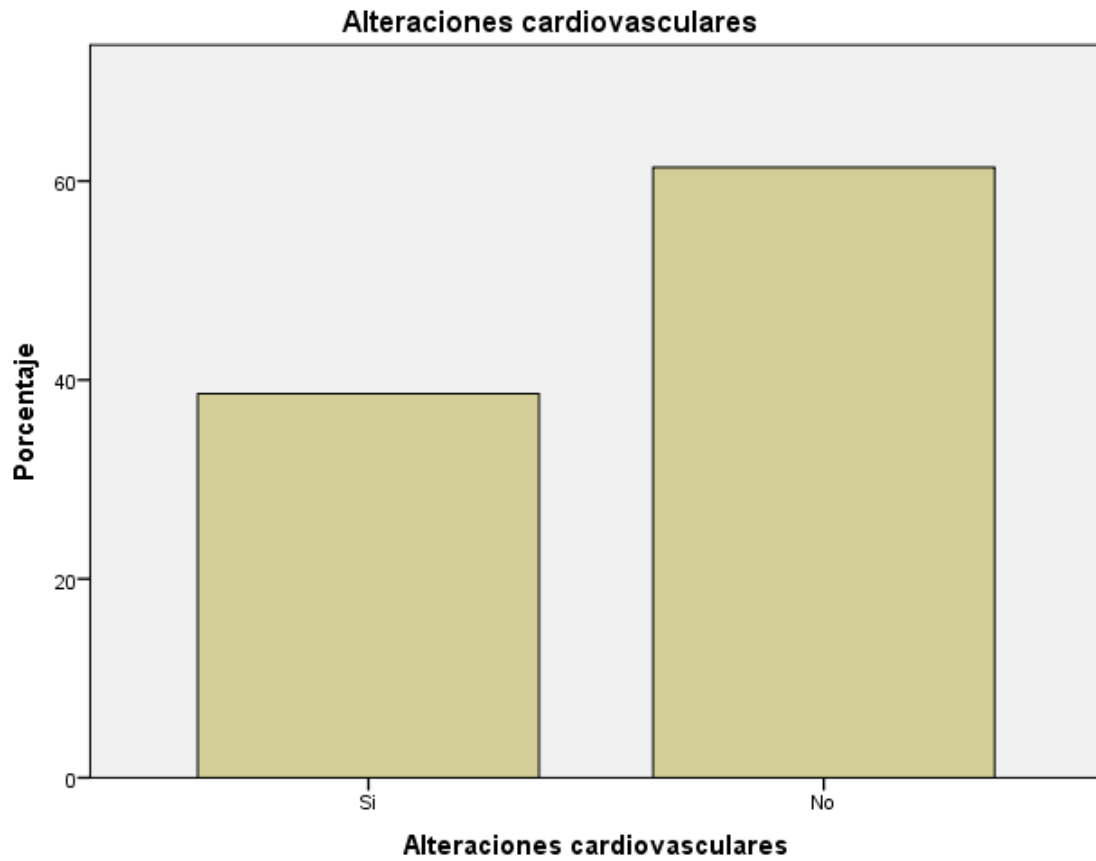


Gráfico N° 10

### Alteraciones cardiovasculares

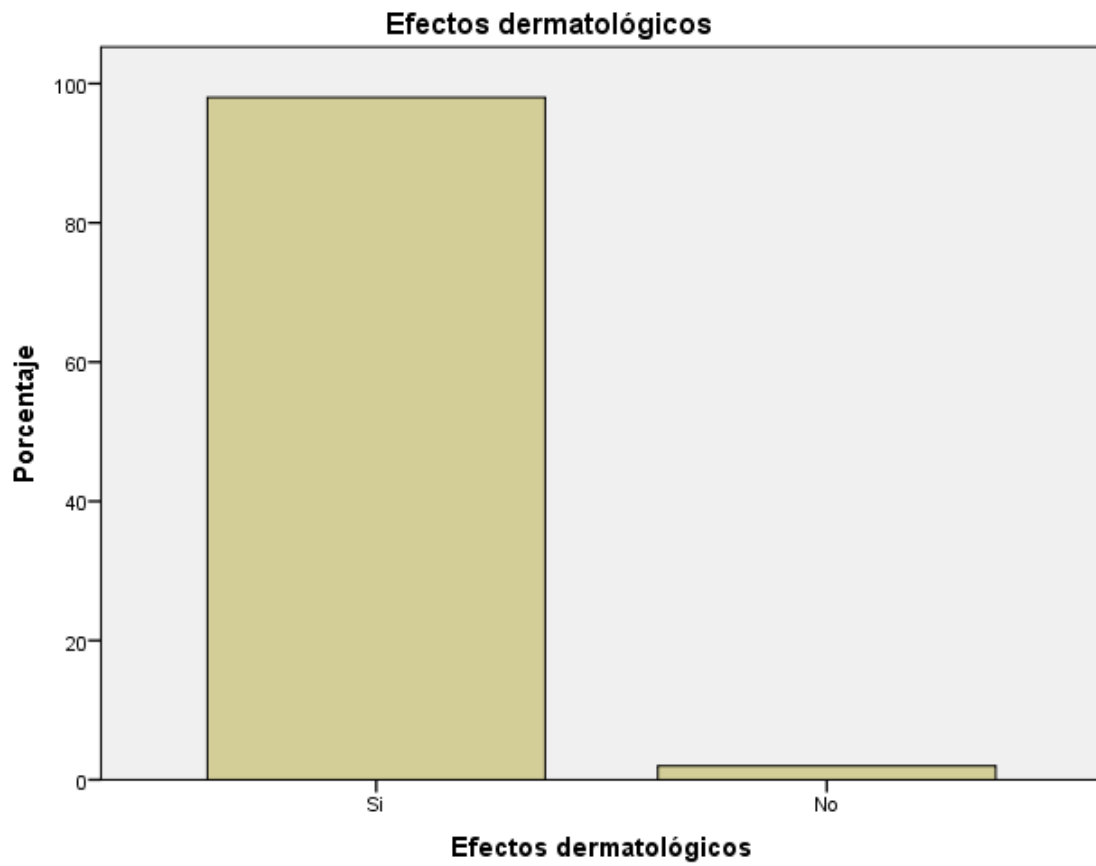
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	78	38,6	38,6	38,6
	No	124	61,4	61,4	100,0
	Total	202	100,0	100,0	



**Gráfico N° 11**

### Efectos dermatológicos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	198	98,0	98,0	98,0
	No	4	2,0	2,0	100,0
	Total	202	100,0	100,0	

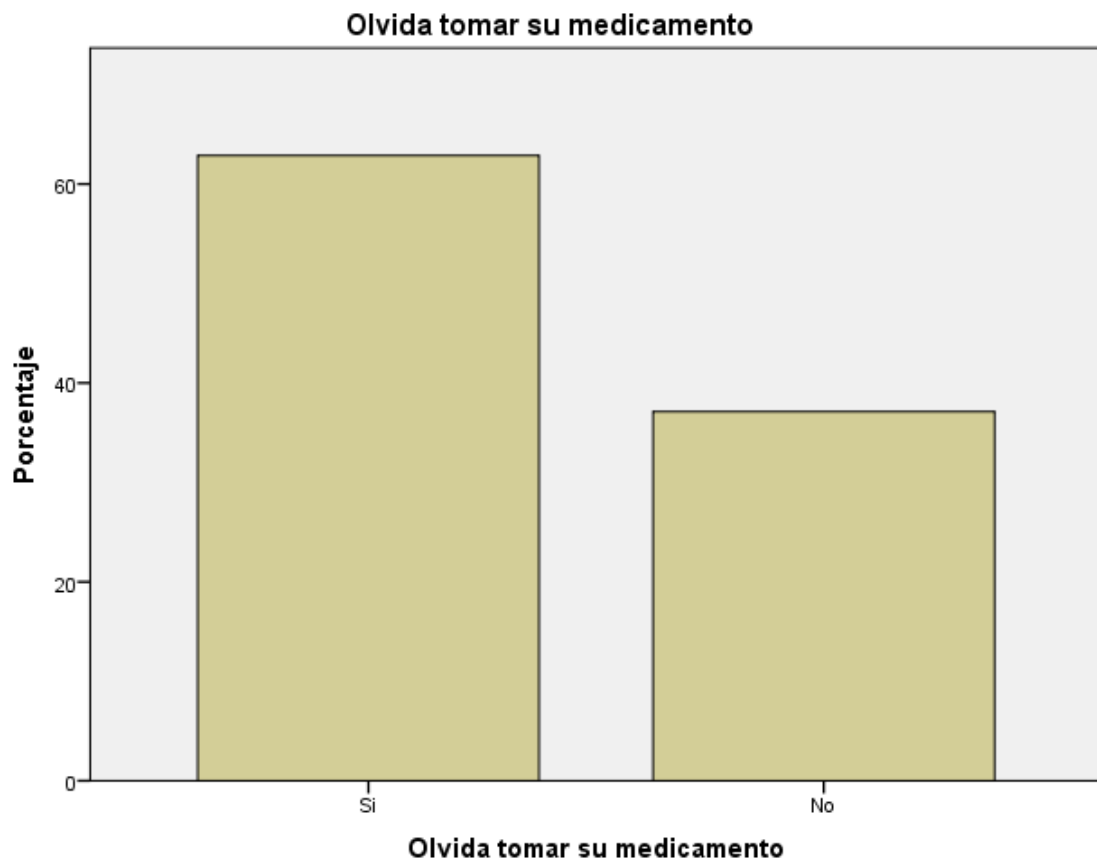


### ANEXO Nº 6

## Gráfico 12: ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

### Olvida tomar su medicamento

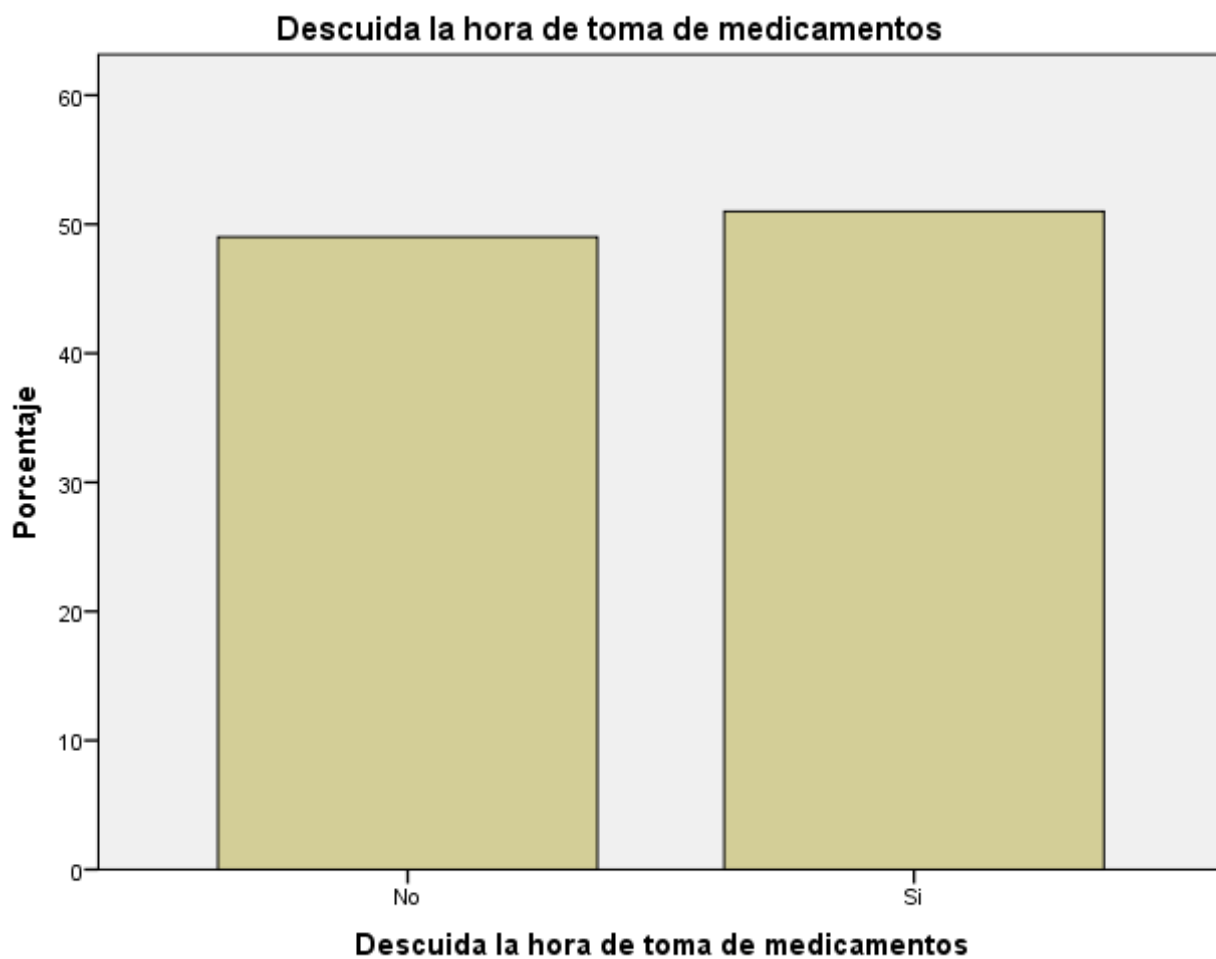
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	127	62,9	62,9	62,9
	No	75	37,1	37,1	100,0
	Total	202	100,0	100,0	



## Gráfico N° 14

### Descuida la hora de toma de medicamentos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No	99	49,0	49,0	49,0
	Si	103	51,0	51,0	100,0
	Total	202	100,0	100,0	



**Gráfico N° 15**

### Si se siente mal ¿Deja de tomar sus medicamentos?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No	88	43,6	43,6	43,6
	Si	114	56,4	56,4	100,0
	Total	202	100,0	100,0	

