



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA

POSGRADO DE MEDICINA INTERNA

**IMPACTO DE LA MOVILIDAD POBLACIONAL EN EL PERFIL CLÍNICO Y EPIDEMIOLÓGICO DE LA
INFECCIÓN POR EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA EN EL HOSPITAL PABLO ARTURO SUÁREZ
EN EL PERÍODO 2017 – 2019.**

DISERTACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA

Autor: Andrés Fernando Montalvo Vásquez

Director de tesis: Dra. María José Molestina

Director metodológico: Dra. Ruth Jimbo Sotomayor

QUITO, 2021

APROBACIÓN DEL TUTOR

En calidad de tutor del trabajo de investigación sobre el tema “IMPACTO DE LA MOVILIDAD POBLACIONAL EN EL PERFIL CLÍNICO Y EPIDEMIOLÓGICO DE LA INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA EN EL HOSPITAL PABLO ARTURO SUÁREZ EN EL PERÍDO 2017 – 2019”, presentado por Andrés Fernando Montalvo Vásquez, egresado de la Facultad de Medicina, Posgrado de Medicina Interna considero que dicho trabajo de graduación reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a evaluación del Tribunal de Grado, que el Honorable Consejo Directivo de la facultad designe, para su correspondiente estudio y calificación.

Quito,



Dra María José Molestina Ramírez

DIRECTORA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

AUTORÍA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Los criterios emitidos en el trabajo de investigación, como también de los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuestas son de responsabilidad del autor.

Quito,

EL AUTOR

A handwritten signature in dark ink, featuring a large, stylized initial 'A' followed by 'F' and 'M', all enclosed within a large, sweeping oval loop.

MD. Andrés Fernando Montalvo Vásquez

C.I. 1002973665

DEDICATORIA

El presente trabajo lo dedico en primera instancia a Dios, nuestro padre todopoderoso. A mis padres: Fernando y Dora, quienes con su guía espiritual y apoyo siempre me han inculcado los valores de humildad, responsabilidad y siempre dar todo de sí en la atención a los más necesitados. A mis queridos familiares que se adelantaron en el paso por este mundo en estos tres años de posgrado: Rosa Isabel, María Dolores, Luis Rafael, Rosario Francelina, Luis Alfonso y Fanny Lucía quienes siempre serán recordados y ocupan un lugar especial en mí corazón. Y a mis queridos tutores quienes forjaron el aprendizaje continuo cada día.

Andrés Fernando

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios, por haber iluminado y bendecido mi camino en llegar a ser especialista en Medicina Interna. A todos mis familiares por su valiosa ayuda y apoyo incondicional en el transcurso de mi formación como especialista. A todos los tutores del Posgrado de Medicina Interna de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de las diferentes casas de salud de la ciudad de Quito y de Santo Domingo de los Tsáchilas, por sus aportes científicos y humanos en mi formación como internista, de manera especial a la Dra Ruth Jimbo Sotomayor y a la Dra María José Molestina por su contribución en la realización del presente trabajo.

GLOSARIO DE TÉRMINOS

3TC Lamivudina

ABC Abacavir

ARN Ácido ribonucleico

ARV Antirretrovirales

ATV Atazanavir

AZT Zidovudina

BIC Bictegravir

CDC Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades

COVID-19 Enfermedad por coronavirus 2019

CV Carga viral

DOR Doravirina

DTG Dolutegravir

DRV/r Darunavir/ritonavir

ENSANUD Encuesta Nacional de Nutrición y Salud

EFV Efavirenz

EVG/c Elvitegravir/cobicistat

EPI Enfermedad Pélvica Inflamatoria

ETR Etravirina

ETS Enfermedades de transmisión sexual

FTC Emtricitabina

GPC Guía de Práctica Clínica

HCAM Hospital Carlos Andrade Marín

HEE Hospital Eugenio Espejo

HEG Hospital Enrique Garcés

HGDZ Hospital Gustavo Domínguez Zambrano

HLA Antígenos leucocitarios humanos

HPAS Hospital Pablo Arturo Suárez

HPV Virus del Papiloma Humano

HSH Hombres que tienen sexo con hombres

IBA Ibalizumab

IESS Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social

INEC Instituto Nacional de Estadísticas y Censos

INI Inhibidor de la integrasa

IP Inhibidor de la proteasa

IP/c Inhibidor de la proteasa/cobicistat

IP/p Inhibidor de la proteasa/potenciado

ITIAN Inhibidores de la transcriptasa inversa análogos nucleósidos

ITINN Inhibidor de la transcriptasa inversa no análogo nucleósidos

LGBTI Lesbianas, Gais, Bisexuales y Transgénero

LPV/r Lopinavir/ritonavir

MSP Ministerio de Salud Pública del Ecuador

MVC Maraviroc

NPV Nevirapina

OMS Organización Mundial de la Salud

OPS Organización Panamericana de la Salud

ONUSIDA Programa Conjunto de las Naciones Unidas para el VIH/sida

OR Odds Ratio

PPL Personas privadas de la libertad

PTI Púrpura trombocitopénica idiopática

PVV Personas que viven con VIH

PUCE Pontificia Universidad Católica del Ecuador

RAL Raltegravir

RPV Rilpivirina

Sida Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

T-20 Enfuvirtide

TARV Tratamiento Antirretroviral

TDF Fumarato de disoproxilo de Tenofovir

UAI Unidad de Atención Integral

UNAIDS Programa Conjunto de las Naciones Unidas para el VIH/sida

VHB Virus de la hepatitis B

VHC Virus de la hepatitis C

VIH Virus de Inmunodeficiencia Humana

TABLA DE CONTENIDOS

APROBACIÓN DEL TUTOR.....	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN	iii
DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTO	v
GLOSARIO DE TÉRMINOS	vi
TABLA DE CONTENIDOS	x
ÍNDICE DE TABLAS.....	xiv
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	xvi
RESUMEN	xvii
ABSTRACT	xviii
CAPÍTULO I.....	1
1.1. INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO II.....	4
2.1. MARCO TEÓRICO.....	4
2.1.1. DEFINICIÓN	4

2.1.	ESTADIOS DE LA ENFERMEDAD	4
2.1.1.	FASE ECLIPSE	4
2.1.2.	FASE PRECOZ: INFECCIÓN AGUDA POR VIH	5
2.1.3.	FASE INTERMEDIA	5
2.1.4.	FASE SIDA	5
2.2.	DIAGNÓSTICO TARDÍO	7
2.3.	EPIDEMIOLOGÍA MUNDIAL	8
2.4.	EPIDEMIOLOGÍA EN LATINOAMÉRICA	9
2.5.	EPIDEMIOLOGÍA EN ECUADOR	10
2.6.	FACTORES DE RIESGO PARA ADQUIRIR LA ENFERMEDAD	11
2.6.1.	Inicio de la actividad sexual:	11
2.6.2.	Múltiples parejas sexuales:	11
2.6.3.	Uso de preservativo:	11
2.6.4.	Drogadicción, tabaquismo y alcoholismo:	12
2.6.5.	Nivel de Instrucción:	12
2.6.6.	Entorno familiar y social:	12
2.7.	MOVILIDAD HUMANA Y VIH	13
2.8.	TRATAMIENTO	26
CAPÍTULO III		34
3.1.	METODOLOGÍA	34

3.1.1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	34
3.1.2. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	35
3.2. OBJETIVOS.....	36
3.2.1. Objetivo general	36
3.2.2. Objetivos específicos	36
3.4. SITIO DE ESTUDIO Y POBLACIÓN	36
3.4.1. SITIO DE ESTUDIO	36
3.4.2. POBLACIÓN	37
3.5. TIPO DE ESTUDIO.....	37
3.6. CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	37
3.6.2. CRITERIOS DE INCLUSIÓN	37
3.6.3. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	37
3.7. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE MUESTRA.....	38
3.8.1. ANÁLISIS UNIVARIADO	38
3.8.2. ANÁLISIS BIVARIADO	38
3.9. ASPECTOS BIOÉTICOS	38
3.9.1. PROPÓSITO	38
3.9.2. PROCEDIMIENTO	39
3.9.3. CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN	39
3.9.4. CONSENTIMIENTO INFORMADO	39

CAPÍTULO IV	40
4.1. RESULTADOS	40
4.1.1. ANÁLISIS UNIVARIADO	40
4.1.2. ANÁLISIS BIVARIADO	46
CAPÍTULO V	51
5.1. DISCUSIÓN.....	51
5.1.1. ANÁLISIS UNIVARIAL	51
5.1.2. ANALISIS BIVARIAL	65
5.2. CONCLUSIONES	71
5.3. RECOMENDACIONES	72
5.4 LIMITACIONES	73
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	74
ANEXOS	90
7.1. ANEXO 1. Consentimiento Informado.....	90
7.2. ANEXO 2. Encuesta realizada.....	94
7.3. ANEXO 3. Entrevista a las PVV	96
7.4. ANEXO 4. Recolección de datos de las historias clínicas	96

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Categorías Clínicas de la Infección por VIH/sida.	6
Tabla 2 Monitoreo de salud recomendado a los migrantes y refugiados.	14
Tabla 3 Patrón migratorio y VIH.	16
Tabla 4 Objetivos y estrategias para la población migrante con VIH.	16
Tabla 5 Medidas de acceso universal e intervención.	25
Tabla 6 Valoración clínica inicial del paciente migrante con VIH.	25
Tabla 7 TARV inicial de elección y alternativo para PVV según la GPC ecuatoriana del 2013. ..	27
Tabla 8 Esquema ARV de segunda línea para PVV según la GPC ecuatoriana del 2013.	27
Tabla 9 TARV inicial de elección y alternativo para PVV según la GPC ecuatoriana del 2019. ..	28
Tabla 10 Recomendaciones elección TARV de segunda línea para PVV según la GPC ecuatoriana del 2019.	28
Tabla 11 Fallo virológico y factores implicados.	29
Tabla 12 Esquema ARV de segunda línea tras primer fallo virológico.	29
Tabla 13 Interacciones farmacológicas entre ARV y drogas reafirmantes de género.	30
Tabla 14 TARV de inicio recomendado según la GPC venezolana para PVV del 2018.	31
Tabla 15 Esquema de reinicio de TARV según la GPC venezolana para PVV del 2018.	32
Tabla 16 TARV de inicio recomendado según la GPC venezolana para PVV del 2014.	32
Tabla 17 Características sociodemográficas.	40

Tabla 18 Nacionalidad y movilidad humana.....	42
Tabla 19 Características de la enfermedad y progresión de la misma.	43
Tabla 20 Características socio demográficas asociadas a la nacionalidad.....	47
Tabla 21 Nacionalidad y movilidad humana.....	48
Tabla 22 Características clínicas asociadas a la nacionalidad.....	49
Tabla 23 Categoría CDC y nacionalidad.	50

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Nacionalidad de los pacientes incluidos en la investigación.....	42
Gráfico 2 Categorías según CDC en los pacientes incluidos en el estudio.	46

RESUMEN

La infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), en Ecuador tiene una mayor prevalencia en poblaciones clave y vulnerables, siendo una de ellas la población extranjera. El objetivo del presente estudio es determinar el impacto de la Movilidad Poblacional en el perfil clínico y epidemiológico de la Infección por el VIH en el Hospital Pablo Arturo Suárez (HPAS). Se incluyeron 293 pacientes mayores de 18 años, con un predominio masculino de entre 25 a 39 años, hombres que tenían sexo con hombres (HSH) como orientación sexual, ingresos económicos mensuales menores a la canasta básica, 51.9% fueron ecuatorianos y 48.0% extranjeros, con 39.9% de ciudadanos venezolanos. La mayoría se encontraban en fase no sida de la enfermedad con un diagnóstico tardío con enfermedad avanzada, recibían como esquema antirretroviral (ARV) el basado en 2 Inhibidores de la Transcriptasa Inversa análogos nucleósidos (ITIAN) más un Inhibidor de la Transcriptasa Inversa no nucleósidos (ITINN), con una carga viral (CV) menor a 50 copias/mm³, no tenían enfermedades relacionadas al VIH, y se encontraban en la categoría A de la clasificación del Centro para el Control y la Prevención de enfermedades (CDC). El rango etario (25 – 39 años), orientación sexual (HSH), estado civil (soltero), residencia en vivienda arrendada, diagnóstico de la infección en Ecuador, plan de permanencia indefinido en Ecuador, TARV actual basado en 2 ITIAN + ITINN fue similar entre ciudadanos nacionales y extranjeros ($p<0.005$). Los ciudadanos extranjeros alcanzaron un mayor nivel de instrucción a comparación a los nacionales ($p<0.001$). La población extranjera tenía empleo a comparación de la nacional que se encontraba desempleada ($p<0.001$). Los ciudadanos extranjeros se encontraban en fase no sida de la enfermedad a comparación de la población nacional que la mayoría se encontraba en fase sida ($p=0.035$).

Palabras clave: VIH, clínica, epidemiología, movilidad, Ecuador.

ABSTRACT

Infection by the Human Immunodeficiency Virus (HIV) in Ecuador has a higher prevalence in key and vulnerable populations, one of them being the foreign population. The objective of this study is to determine the impact of population mobility on the clinical and epidemiological profile of HIV infection at the Pablo Arturo Suárez Hospital (HPAS). 293 patients over 18 years old were included, with a male predominance between 25 and 39 years old, men who had sex with men (MSM) as sexual orientation, monthly income less than the basic basket, 51.9% were Ecuadorians and 48.0% foreigners, with 39.9% of Venezuelan citizens. Most were in the non-AIDS phase of the disease with a late diagnosis with advanced disease, received as an antiretroviral regimen (ARV) the one based on 2 nucleoside analog reverse transcriptase inhibitors (NRTI) plus a non-nucleoside reverse transcriptase inhibitor (NNRTI), with a viral load less than 50 copies/mm³, they had no HIV-related diseases, and were in category A of the classification of the Center for Disease Control and Prevention (CDC). The age range (25 – 39 years old), sexual orientation (MSM), marital status (single), residence in a rented home, diagnosis of the infection in Ecuador, indefinite stay plan in Ecuador, current ART based on 2 NRTI and one NNRTI was similar between national and foreign citizens ($p<0.005$). Foreign citizens reached a higher level of education compared to nationals ($p<0.001$). The foreign population had a job compared to the national population who was unemployed ($p<0.001$). Foreign citizens were in the non-AIDS phase of the disease compared to the national population, most of whom were in the AIDS phase ($p=0.035$).

Keywords: HIV, clinic, epidemiology, mobility, Ecuador.

CAPÍTULO I

1.1. INTRODUCCIÓN

El VIH es un retrovirus de la familia retroviridae causante del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (sida), cuya infección produce una lenta y continua destrucción de los linfocitos CD4+ (MSP, 2019).

La infección es adquirida por exposición a líquidos corporales a través de relaciones sexuales, exposición a sangre infectada o transmisión materno-infantil. La infección por VIH generalmente se acompaña de coinfección por el virus de la hepatitis B (VHB), herpes virus humano 8 o el virus de la hepatitis C (VHC), que comparten similares vías de transmisión (MSP, 2019).

Dentro de los factores de riesgo para adquirir la infección por VIH se incluyen: carga viral elevada, coito receptivo anal o vaginal sin uso de preservativo, múltiples parejas sexuales, relaciones sexuales bajo influencia de drogas, pareja sexual con estatus serológico desconocido, enfermedades de transmisión sexual (ETS), falta de circuncisión en varones, y algunas clases de antígenos leucocitarios humanos (HLA) (MSP, 2019).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) se ha planteado como objetivo para el 2020 poner fin a la epidemia del sida, mediante el objetivo 90-90-90, cuya meta es:

Garantizar que el 90% de las PVV conozcan su estado serológico, el 90% de los diagnosticados reciban TARV y el 90% de los que están en tratamiento logren la reducción de las concentraciones víricas hasta niveles muy bajos. (Organization, 2016, p. 24)

En nuestro país las estadísticas muestran que: “El 80% de las PVV conocen su estado y condición serológica, el 82% de los que conocen su estado tienen acceso a TARV y el 75% de los que acceden al TARV tienen carga viral suprimida” (UNAIDS, 2020, p. 225).

El TARV para la población migrante infectada por VIH es subóptimo, lo que genera un impacto negativo en el logro del objetivo 90-90-90, que afecta a la reducción de la incidencia del VIH, debido a la viremia en curso en esta subpoblación ya que esto enlentece o aminora el control epidémico del VIH (Marukutira et ál., 2019), esto resalta la necesidad de incluir a los migrantes en programas de lucha contra la infección por VIH (World Health Association, 2016).

Monge y Pérez-Molina (2016), manifiestan que:

Los inmigrantes representan un tercio de los nuevos diagnósticos de VIH, convirtiéndose en una población vulnerable por inequidades en el ámbito sociocultural, económico, laboral, administrativo y legal; los inmigrantes se diagnostican de forma más tardía, esto empeora el pronóstico de cada individuo y facilita el mantenimiento de la epidemia. (p. 1)

La estimación costo-beneficio sugiere que los programas de prevención del VIH tales como: consejería, pruebas rápidas, tratamiento de ETS y distribución de preservativos, no sólo mejoraría la salud de los migrantes, sino representaría una estrategia rentable para la sociedad a largo plazo, por ahorros potenciales generados por los casos de VIH prevenidos en la población migrante (Alarid-Escudero, Sosa-Rubí, Fernández, y Galárraga, 2013).

El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida, propone que se adopten medidas que aseguren que países de origen, tránsito y acogida, tengan programas de acceso a la salud a fin de poder abordar en todo momento y en todo lugar el movimiento continuo de la población en situación de movilidad humana, incluyendo el momento previo a la partida del país de origen, la migración como tal, el período de adaptación en el país de destino y la reintegración a la comunidad de origen (OIM, 2002).

Mientras que algunos latinos emigran con infección por VIH, muchos otros están inmersos en redes de transmisión tras su llegada, particularmente HSH (Dennis et ál., 2015).

“Un mejor apoyo social se asocia a mejores niveles de adherencia al TARV, en América Latina la prevalencia de VIH entre HSH se estima que es 30 veces mayor que en la población masculina en general”(Anderson et ál., 2018, p. 2).

La crisis sanitaria suscitada en Venezuela por el colapso de su sistema de salud llevó a la reaparición de enfermedades infecciosas, incluido el VIH, Rodríguez-Morales, Bonilla-Aldana, Morales, Suárez, y Martínez-Buitrago (2019), manifiestan que: “Datos no publicados de un Hospital de Panamá del 2016 al 2018, de 2 439 nuevos casos de VIH, el 13.5% (329) corresponden a migrantes venezolanos” (p. 4).

Ante la escasez de TARV, prácticas como tráfico de ARV, implican un riesgo considerable de resistencia al TARV, con el consiguiente compromiso de su efectividad y que esta resistencia sea transmitida al resto de la población, asociado a que los migrantes transmiten un virus con alta probabilidad de resistencia al TARV de primera línea en países con bajas tasas de resistencia primaria (Rodríguez-Morales et ál., 2019).

De esta manera, es prioritario que las naciones con mayor afluencia de migrantes, definan políticas de salud pública en búsqueda de estrategias de detección y prevención de la infección por VIH en esta población, siendo necesarios protocolos específicos para tratar a pacientes migrantes, debido a la dificultad para obtener datos clínicos previos y las condiciones desfavorables generadas por el abandono del tratamiento o diagnóstico tardío (Rodríguez-Morales et ál., 2019).

CAPÍTULO II

2.1. MARCO TEÓRICO

2.1.1. DEFINICIÓN

El VIH pertenece genéticamente al género Lentivirus de la familia Retroviridae y se agrupa en dos tipos: VIH-tipo 1 (VIH-1) y VIH-tipo 2 (VIH-2). El agente con mayor distribución mundial es el VIH-1, mientras que el VIH-2 está restringido a algunas regiones de África, el cual es menos virulento que el VIH-1 y su curso de infección toma más tiempo en progresar a sida (Emanuele Fanales-Belasio, Mariangela Raimondo, 2010).

Las infecciones virales del género Lentivirus tienen un curso clínico crónico, con un largo período de latencia y replicación viral persistente (Emanuele Fanales-Belasio, Mariangela Raimondo, 2010). El VIH se caracteriza por invadir el sistema inmune mediante la destrucción de las células CD4+ y a largo plazo producir susceptibilidad a enfermedades oportunistas (Noé, Guadalupe, Israel, Ricardo, y Denise, 2013).

Las células diana del VIH-1 son los linfocitos T y macrófagos, la entrada a estas células requiere la unión a un correceptor ya sea CCR5 ó CXCR4; la invasión hacia macrófagos utiliza el receptor de quimiocinas CCR5 y la invasión a células T utiliza el receptor CXCR4 (Levy, 2009).

2.1. ESTADIOS DE LA ENFERMEDAD

2.1.1. FASE ECLIPSE

Tras adquirir la infección por VIH hay un período en el que este no es detectable, el cual corresponde a un período aproximado de 10 días, antes de que el ácido ribonucleico (ARN) viral sea detectable a nivel plasmático (McMichael et ál., 2010).

2.1.2. FASE PRECOZ: INFECCIÓN AGUDA POR VIH

También llamado Síndrome Retroviral Agudo, luego de un período inicial de incubación de 10 a 14 días, aparecen signos y síntomas como: malestar general, fiebre, artralgias, diaforesis nocturna, náusea, vómito, baja de peso, cefalea de predominio retroocular, sarpullido maculo-papular, hepatoesplenomegalia y linfadenopatía generalizada, etc. , de estos malestar general y fiebre son los síntomas más comunes que se presentan en hasta el 70% de los casos (Self, 2010).

“El VIH se puede transmitir en cualquier fase de infección, pero el riesgo es mayor durante esta fase aguda”(De La Torre y Arazo, 2017, p. 12).

2.1.3. FASE INTERMEDIA

También conocida como: infección crónica por VIH, fase de latencia o infección asintomática, en este período, el VIH continúa replicándose a merced de los linfocitos CD4+ con una constante renovación de los mismos por el organismo, lo que explica la ausencia de manifestaciones clínicas, esta fase sin tratamiento progresa a sida en 10 a 12 años tras adquirir el virus (De La Torre y Arazo, 2017).

2.1.4. FASE SIDA

Conocida también como fase sintomática, este es el último estadio de la enfermedad (De La Torre y Arazo, 2017), cuya principal característica es la aparición de infecciones oportunistas y/o tumores (MSP, 2019).

Las enfermedades relacionadas al VIH se acompañan de inmunosupresión severa que se caracteriza por niveles séricos bajos de linfocitos CD4+ (<200 células/mm³), sin embargo las complicaciones que caracterizan a este estadio se pueden presentar incluso con niveles de linfocitos CD4+ superiores a 200 células/mm³ (MSP, 2019).

En la actualidad se utiliza la clasificación de CDC de 1993 para clasificar a la enfermedad, que se basa en el conteo de los linfocitos CD4+ y condiciones clínicas, siendo tres categorías de laboratorio y 3 clínicas obteniendo así, nueve categorías (De La Torre y Arazo, 2017).

Tabla 1 Categorías Clínicas de la Infección por VIH/sida.

Nivel de linfocitos CD4+			A Infección aguda o infección sintomática	B Infección sintomática, no incluida en la categoría C	C Infección oportunista definitorias de sida y/o
1.	Más de 500 células/mm ³		A1	B1	C1
2.	Entre 200 a 499 células/mm ³		A2	B2	C2
3.	Menos de 200 células/mm ³		A3	B3	C3
Categoría A			• Infección por VIH asintomática • Linfadenopatía generalizada persistente • Enfermedad VIH en fase aguda		
Categoría B			• Angiomatosis bacilar • Candidiasis vulvovaginal / oral resistente al tratamiento • Displasia cervical uterina o carcinoma cervical no invasivo • Enfermedad Pélvica Inflamatoria (EPI) • Fiebre o diarrea mayor a un mes de duración • Herpes zóster mayor a un episodio con afección más de un dermatoma • Neuropatía periférica • Leucoplasia oral vellosa • Púrpura trombocitopénica idiopática (PTI)		
Categoría C			• Candidiasis pulmonar, bronquial, esofágica o traqueal • Encefalopatía por VIH • Sarcoma de Kaposi • Tuberculosis pulmonar o extrapulmonar • Infección por <i>Mycobacterium avium</i> • Toxoplasmosis cerebral • Linfoma de Burkitt • Linfoma cerebral primario • Histoplasmosis: diseminada, extrapulmonar • Aspergilosis • Criptococosis extrapulmonar • Coccidiomicosis: extrapulmonar, diseminada • Neumonía por <i>Pneumocystis jirovecii</i> • Criptosporidiasis intestinal crónica (mayor a un mes) • Isosporiasis intestinal crónica (mayor a un mes) • Infección por Citomegalovirus: retinitis, diseminada • Bronquitis, esofagitis, neumonitis por el Virus del Herpes simple • Neumonía bacteriana recurrente (más de dos al año) • Bacteremia recurrente por <i>Salmonella</i> • Leucoencefalopatía multifocal progresiva		

-
- Síndrome de desgaste o wasting syndrome (pérdida de peso involuntaria > 10%, más diarrea crónica o debilidad crónica y fiebre mayor a un mes)
-

Modificado por: Montalvo A. (2020) Recuperado de: (*National Center of Infectious Diseases Division of HIV/AIDS, 1993*)

2.2. DIAGNÓSTICO TARDÍO

Se define como diagnóstico o presentación tardía a aquellas personas que acuden a recibir atención sanitaria con un nivel de linfocitos CD4+ menor a 350 células/mm³ y como presentación tardía con enfermedad por VIH avanzada a las personas que acuden a recibir atención con un recuento de linfocitos CD4+ menor a 200 células/mm³ o que presenten un evento definitorio de sida independiente del recuento sérico de linfocitos CD4+. (Antinori et ál, 2011, p. 2)

Diagnóstico tardío debe reservarse para aquellos individuos que acuden en un estadio de enfermedad, en la que no se benefician completamente del TARV; y el término diagnóstico tardío con enfermedad avanzada por VIH debe reservarse a aquellos individuos que tienen un mayor riesgo de enfermedad grave y de fallecimiento (Antinori et ál., 2011).

Los pacientes con diagnóstico tardío presentan un riesgo de muerte 5,22 veces mayor a comparación de los diagnosticados oportunamente, con índices de mortalidad de hasta 10 veces mayor en el primer año de diagnóstico y si el mismo coincide con una enfermedad definitoria de sida el riesgo se incrementa a 20 veces más riesgo al primer año de diagnóstico. (Moreno, Berenguer, Fuster, y Ontiveros, 2018, p. 2)

Es así que el diagnóstico o presentación tardía trae problemas como: incremento de la morbimortalidad, aumento de la transmisibilidad de la enfermedad y elevados costos al sistema sanitario (MSP, 2019).

2.3. EPIDEMIOLOGÍA MUNDIAL

La epidemia del VIH/sida sigue en aumento datos del 2019 dan a conocer que: “38 millones de personas viven con VIH, con 1.7 millones nuevas infecciones por VIH”(UNAIDS, 2020, p. 30).

De la población mundial que vive con VIH:

25 840 millones se encuentran en África, 5.8 millones en Asia y el Pacífico, 2 430 millones en Latinoamérica y el Caribe, 1.7 millones en Europa del Este y Asia Central, y 2.2 millones en América del Norte y Europa Oriental y Central. (UNAIDS, 2020, p. 30)

Del total de PVV: “36.2 millones son adultos y 1.8 millones son niños de hasta 14 años” (ONUSIDA, 2019, p. 1).

Para ONUSIDA (2019):

Desde el pico máximo de 1998, las nuevas infecciones por VIH han disminuido en un 40% y a partir del 2010 los nuevos casos han disminuido el 23%, de igual manera las muertes relacionadas al sida han disminuido en un 60% desde el pico del 2004, y desde el 2010 han bajado en un 39%.
(p2)

“La tuberculosis es la principal causa de muerte entre las PVV y representa una de cada 3 muertes relacionadas con el sida” (ONUSIDA, 2019, p. 4).

El mayor riesgo de adquirir VIH está concentrada en grupos vulnerables, es así que ONUSIDA, considera que: “El riesgo de contraer VIH es 26 veces mayor en la población HSH, 29 veces mayor en usuarios de drogas inyectables, 30 veces mayor en trabajadores sexuales y 13 veces mayor en personas Transgénero” (ONUSIDA, 2019, p. 4).

En Referencia al objetivo 90-90-90 ONUSIDA (2019) indica que: “El 81% de las PVV conoce su estado serológico, el 67% tiene acceso a TARV, y el 59% ha logrado supresión de la carga viral” (p. 3).

La pandemia por la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) presenta efectos negativos sobre la epidemia por VIH, como manifiesta ONUSIDA (2019), que: “Los confinamientos y cierres de fronteras afectan tanto a la producción como a la distribución de medicamentos lo que genera aumento en los costos y problemas en el suministro” (p. 2).

2.4. EPIDEMIOLOGÍA EN LATINOAMÉRICA

Para ONUSIDA (2019), en Latinoamérica en 2019 hubieron: “2.1 millones de PVV, con 120 000 nuevas infecciones por VIH y 37 000 muertes atribuidas al sida” (p. 6).

En la región: “Las nuevas infecciones por VIH han aumentado en un 21%, de los cuales la población HSH ocupa el 44%, y el 6% la población transgénero” (UNAIDS, 2020, p. 216).

El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida, UNAIDS (2020) declara que: “El 77% de las PVV conoce su estado serológico, el 60% está en tratamiento y el 53% tiene carga viral suprimida” (p. 222).

Las actitudes discriminatorias ocasionan un estigma con impactos negativos hacia la búsqueda de atención sanitaria, es así que UNAIDS (2020) informa que: “Más de un tercio de los adultos de cuatro de cinco países de la región, presentan actitudes discriminatorias a los PVV, cuyo resultado es que el 40% de la población no acceda a TARV” (p. 216).

La discriminación, sumada a la falta de conocimiento oportuno sobre la salud sexual conlleva a problemas sociales en la región como: embarazo temprano, aumento de ETS e infección por el VIH que han ido en aumento cuyo resultado final es el aumento de las tasas de morbi-mortalidad (Andagoya Murillo, Zambrano Vera, Alcívar Vera, y Patiño Zambrano, 2019).

2.5. EPIDEMIOLOGÍA EN ECUADOR

En el Ecuador, las patologías como: infección por el VIH, gonorrea, enfermedades causadas por el virus del papiloma humano (HPV) y sífilis; presentan altas tasas de morbilidad, lo que las establece como un problema de Salud Pública (Andagoya Murillo et ál., 2019).

“Los primeros casos de infección por VIH en el Ecuador datan del año 1984, desde entonces la epidemia ha ido en aumento, en 2009 se reportan el mayor número de casos con más de cinco mil” (MSP, 2017, p. 5).

UNAIDS (2020), considera que en Ecuador en el 2019 existen: “47 206 PVV, 970 con un rango de edad entre 0 a 14 años, y 46 000 mayores de 15 años, de todos ellos 14 000 son mujeres y 32 000 hombres, con 2 400 nuevas infecciones por VIH”. (p. 242)

Del total de PVV, el 35.3% están concentradas en la provincia del Guayas, 11.5% en Pichincha, 6.2% en Los Ríos, 5.4% en Manabí y 3.9% en Esmeraldas; mostrando así que la mayor parte de las PVV se encuentran en la región Costa. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2020, p.1)

De las nuevas infecciones por VIH UNAIDS (2019), estima que: “29% fueron diagnósticos tardíos más enfermedad avanzada con niveles de CD4+ menores a 200 células/mm³ y 58% con niveles menores a 350 células/mm³” (p. 3).

Dentro de las características relevantes a la infección por VIH en Ecuador están: la edad, número de parejas sexuales, múltiples parejas sexuales, y falta de conocimiento preventivo (Andagoya Murillo et ál., 2019).

En Ecuador: “El 80% de PVV conoce su estado serológico, 82% tiene acceso a TARV y el 75% presentan carga viral suprimida, con un gasto total de US \$15 959 367” (UNAIDS, 2020, pp. 225 - 242).

“La epidemia VIH/sida en Ecuador está concentrada en poblaciones claves y vulnerables: 11% en la población HSH, 3.2% en mujeres trabajadoras sexuales, 1.3% en Personas Privadas de la Libertad (PPL), 31.9% en transexuales y 0.16% en mujeres embarazadas” (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2017).

UNAIDS (2019), estima que en el país existen:

34 4000 trabajadores sexuales, de los que el 69.7% usan preservativo, HSH 47 400, de los que el 77% usan preservativo, en cuanto a las PPL se reporta una prevalencia de VIH del 1.3%, personas transgénero 12 200 de los que el 94% usa preservativo. (pp. 4 - 5 - 6)

En cuanto a la mortalidad relacionada al sida en 2019, UNAIDS (2019) estima que en Ecuador hubieron: “610 muertes relacionadas al sida” (p. 242).

2.6. FACTORES DE RIESGO PARA ADQUIRIR LA ENFERMEDAD

2.6.1. Inicio de la actividad sexual: Un inicio de actividad sexual precoz, es una conducta que compromete la vida sexual ya que el individuo no está preparado tanto física ni psicológicamente, y no tiene la suficiente información sobre los signos y síntomas de las ETS (Mesa, Gómez, & De La Torre Navarro, 2014), siendo la edad un factor para el contagio del VIH (Andagoya Murillo et ál., 2019).

2.6.2. Múltiples parejas sexuales: La escasez de información es una factor relevante para adquirir la infección, es así que Mesa et ál. (2014), en su investigación afirman que: De los pacientes con más de una pareja sexual en un año, el 70% presentó algún tipo de ETS, 22% refirieron conocer que este tipo de enfermedades se adquieren por vía sexual y el 62% que se las puede prevenir mediante el uso de preservativo. (p. 9)

2.6.3. Uso de preservativo: La falta de conocimiento y el querer conocer todo de manera rápida, lleva a mantener relaciones sexuales sin protección de manera particular en los adolescentes (Andagoya Murillo et ál., 2019).

Así, Mesa et ál. (2014), afirman que: “En una escuela básica el 9.10% de los adolescentes no sabe cómo usar un preservativo y un 33.07% refirieron que el contagio de ETS por vía oral es nulo” (p. 9).

2.6.4. Drogadicción, tabaquismo y alcoholismo: El consumo de drogas lleva a conductas sexuales de riesgo, como: compartir agujas que aumentan el riesgo de contraer VIH; al dar seguimiento a las PVV, es igual de importante la pesquisa de consumo de alcohol y drogas ilícitas, De Boni et ál. (2014), afirma que: “El uso de alcohol y drogas no inyectables incrementan el riesgo de pérdida de seguimiento en los próximos 18 meses” (p. 2).

“En Ecuador las principales drogas ilícitas consumidas son: marihuana, inhalables, cocaína y éxtasis, con una prevalencia de consumo reciente en la población universitaria del 10.1%” (Juan Carlos Araneda, 2017, pp. 26-27).

2.6.5. Nivel de Instrucción: No existe suficiente literatura disponible, de sí el número de años de instrucción influye en la incidencia de nuevos casos de infección por VIH sin embargo, Kim (2012), establece que: “Sí el grupo etario de 5 a 14 años recibe un adecuado nivel de educación, mejora la comprensión de métodos preventivos contra el VIH” (p. 2).

El nivel educativo, como señala Stevens et al. (2017) es un factor determinante en los individuos HSH a que se inmiscuyan en conductas de riesgo para infección por el VIH como la drogadicción.

2.6.6. Entorno familiar y social: El entorno familiar juega un rol primordial, ayudando a afrontar el estigma generado por la enfermedad, Yeon Jung Yu, Xiaoming Li y Shan Qiao (2017), informan que: “La familia con mayor nivel educacional y financiero brinda más apoyo a un familiar infectado por VIH” (p. 6).

En referencia a la adherencia al tratamiento se manifiesta que: “Cuando existe apoyo familiar, social y de aceptación se tiene mayor apego al mismo”(Vera Pérez y Estrada Aguilera, 2005, p. 6).

La infección por VIH/sida al ser una enfermedad que en su mayoría afecta a adultos jóvenes esto genera impactos en la composición familiar, que conlleva a: “Disolución de las parejas, la separación de esa persona del ámbito familiar para insertarse en otros grupos y constituir así una nueva familia” (Sánchez, Guardati y Saz, 2001, p. 3).

Sí un integrante es infectado por VIH o el mismo llega a fallecer, esto reorganiza la asignación de roles y tareas, y a larga crea un cambio en los nexos familiares (Sánchez et ál., 2001).

2.7. MOVILIDAD HUMANA Y VIH

Conflictos, catástrofes naturales, crisis económicas y el cambio climático provocan emergencias humanitarias, que afectan al sistema sanitario local y fuerzan a la población a emigrar, con lo que se interrumpe o reduce el acceso sanitario de la población (World Health Organization, 2016).

La movilidad humana trae consigo efectos deletéreos físicos y mentales, por ser una población propensa a violencia, prostitución, enfermedades metabólicas crónicas y a problemas materno infantiles (OMS, 2016).

Los movimientos demográficos influyen de manera elocuente en la dinámica de la epidemia del VIH, de ahí la importancia de incluir a esta población en estrategias nacionales de lucha contra el virus, existiendo barreras que impiden a esta población el acceso sanitario como: falta de protección social, minoría de edad y criminalización a determinadas conductas (drogadicción, trabajo sexual y las relaciones HSH) (World Health Organization, 2016).

La migración no sólo genera cambios socioculturales, también genera grandes impactos en la epidemiología de las naciones (Rodríguez, Wolff, y Cortés, 2015), siendo las emergencias humanitarias actuales la principal causa de diseminación del VIH (OIM, 2019).

Al incidir la migración en la dinámica de las epidemias, es necesario que ante situaciones de movilidad humana los países receptores realicen monitoreos de salud según las características poblacionales como se detalla en la tabla 2 (Pezzi et ál., 2020).

Tabla 2 Monitoreo de salud recomendado a los migrantes y refugiados.

Condición de salud	Población recomendada
Sífilis	• Mayores de 15 años • Menores de 15 años sexualmente activos, víctimas de abuso sexual, madre con pruebas positivas o procedencia de países endémicos para otras especies treponémicas
Gonorrea	• Síntomas sugestivos • Test de leucocito esterasa positivo en orina • Víctimas de abuso sexual
Clamidia	• Mujeres sexualmente activas menores a 25 años • Mujeres mayores a 25 años con factores de riesgo • Víctimas de abuso sexual • Test positivo para esterasa leucocitaria en orina
Tuberculosis	• Todos los grupos poblacionales
VIH	• Todos los grupos poblacionales
Virus de la Hepatitis B	• Individuos nacidos en países donde la tasa de infección es >2% • Factores de riesgo • Embarazo
Virus de la Hepatitis C	• Usuarios de drogas ilegales • Individuos con tatuajes o piercings • Individuos con test positivo para VIH • Múltiples parejas sexuales • ETS • Madre positiva para Virus de la Hepatitis C • Transfusiones de hemoderivados previo a la migración • Hemodiálisis crónica
Malaria	• Individuos procedente de países endémicos con signos o síntomas de infección

<i>Schistosoma</i>	• Individuos procedentes de África subsahariana sin tratamiento completo previo a la migración
<i>Strongyloides</i>	• Individuos sin tratamiento completo previo a la migración
Parásitos intestinales	• Individuos sin tratamiento completo previo a la migración
Plomo sérico	• Niños entre 6 meses a 16 años
Salud mental	• Mayores de 16 años

Modificado por: Montalvo A. (2020), modificado de (Directrices del CDC para el examen médico nacional de Estados Unidos para refugiados recién llegados, 2020)

Los migrantes son altamente vulnerables a ETS incluyendo al VIH, uno de los factores contribuyentes son: el comercio sexual, actividad relevante en ciudades fronterizas (Alarid-Escudero et ál., 2013), falta de pareja sexual estable en el período posmigración, que promueve relaciones sexuales de riesgo que incrementan el riesgo de infección por VIH (Magadi, 2017).

Ser migrante no se considera como un factor de riesgo; son las actividades realizadas en este proceso, por lo que se solicita adoptar actividades que garanticen que: los países de origen, tránsito y acogida provean programas de acceso sanitario a fin de poder abordar en todo momento a los ciudadanos migrantes (OIM, 2002) y a futuro incluir las necesidades de los migrantes en los programas mundiales sobre migración y salud (OMS, 2016).

Los factores de riesgo de la población migrante, que la hacen proclive a la infección por VIH son: acceso limitado a educación, desunión familiar, pobreza y escasez de trabajo, mismos que conducen a conductas sexuales de riesgo, drogadicción y violencia de género (OIM, 2012).

De acuerdo al estado de migración, la población en situación de movilidad humana es más propensa a la infección por VIH como se muestra en la Tabla 3 (OIM, 2012).

Tabla 3 Patrón migratorio y VIH.

Tipo de migrante	Riesgo de infección por VIH
Empleados migrantes	• Tipo de contrato que confiera seguros de salud y acceso a servicios relacionados al VIH
Migrantes detenidos - trata de personas	• Condiciones de vida desfavorables • Abuso sexual
Migrantes ilegales	• Acceso limitado a prevención, diagnóstico y tratamiento
Desplazados a la fuerza	• Limitación en acceso a servicios de salud tras una disputa o catástrofe natural

Modificado por: Montalvo A. (2020), tomado de (Migración, movilidad humana y VIH, 2012)

Uno de los objetivos de la OMS es mitigar la vulnerabilidad de los migrantes al VIH, abordando situaciones como: comercio sexual -con tasas elevadas en hombres y mujeres, privación de la libertad, violencia sexual, apoyo social, falta de prevención, rastreo y tratamiento de VIH; siendo sustancial el intercambio de información entre naciones para brindar continuidad en lo que respecta a infección por VIH (OMS, 2016).

Spiegel y Harroff-Tavel. (2006), establecen 10 objetivos como estrategia para la protección a migrantes y refugiados con VIH/sida los mismos que se detallan en la tabla 4.

Tabla 4 Objetivos y estrategias para la población migrante con VIH.

Objetivos	Estrategias
Protección	• Respeto de derecho humanos • Cero discriminación • Vivir diario digno
Soluciones duraderas	• Integración local • Repatriación voluntaria • Continuidad del TARV
Coordinación e integración	• Asegurar que las medidas sobre el VIH se sumen con las regionales e internacionales
Promoción	• Hacer hincapié en la protección a temas relacionados al VIH
Prevención	• Disminuir la propagación y morbilidad relacionada al VIH

Programas de VIH de calidad	• Garantizar medidas de acción adecuadas contra el VIH para individuos en situación de movilidad humana
Atención y tratamiento	• Acceso equitativo a TARV • Reducción de la morbilidad relacionada
Capacitación	• Mejoras en las estrategias relacionadas al VIH
Monitoreo y seguimiento	• Vigilancia centinela del VIH • Mejoras en la ejecución de programas
Movilidad de insumos	• Incremento de fondos para el cumplimiento de los objetivos citados anteriormente

Modificado por: Montalvo A. (2020), tomado de (VIH/sida y personas desplazadas internamente en 8 países prioritarios, 2006)

“Al hablar de movilidad humana y VIH, la mayor prevalencia se concentra en la población HSH, transexuales, trabajadores sexuales y mujeres embarazadas”(Hernando Rovirola, Ortiz-Barreda, Galán Montemayor, Sabidó Espin y Casabona Barbarà, 2014).

De esta manera Dennis et ál. (2015), argumentan que:

El sexo masculino muestra la mayor tasa de migración de la población con VIH, los principales mecanismos de transmisión son: heterosexual, homosexual y por uso de drogas inyectables, con una elevada tasa de transmisión de manera particular para la población HSH menor a 30 años bien sea por una adquisición local de la infección o en el transcurso de la inmigración, pérdida de redes de apoyo, pareja sexual estable y participación en comportamientos sexuales de riesgo. (p. 2),

Al hablar de masculinidad y migración, gran parte de la población masculina bisexual y HSH, migra con el objetivo de ejercer trabajo sexual homosexual y/o heterosexual en los países de destino Restrepo P. (2014), reporta que “38.2% de varones bisexuales y HSH colombianos que residen en España ejercen trabajo sexual” (p. 310).

El diagnóstico en la población migrante generalmente se lo hace con retraso respecto a la población autóctona, siendo los principales motivos para realizarse la prueba de VIH: embarazo-parto en mujeres y padecer enfermedades categoría B según la clasificación CDC en hombres, siendo la infección oportunista más frecuente la tuberculosis pulmonar latente (Llenas-García et ál., 2012).

Si la población migrante con VIH procede de países de medianos a bajos ingresos y vive en países de altos ingresos se ven en una proporción desmedida en el control de la enfermedad (Ross, Cunningham, y Hanna, 2018), la desnutrición y la vulnerabilidad económica aumentan el riesgo de infección (Nattrass, 2009), finalmente hay un mayor riesgo de infección entre ciudadanos en situación de pobreza en zonas urbanas más no en zonas rurales (Magadi, 2017).

El objetivo final es la reducción de la incidencia del VIH, lo que no puede lograrse sin abordar las microepidemias entre las subpoblaciones con mayor riesgo de VIH y proporcionar un acceso equitativo a la atención médica, si bien todos los ciudadanos tienen acceso gratuito a TARV, los migrantes deben ser documentados y legalizar su ciudadanía, quienes al ser tener un estado económico bajo, dan prioridad a actividades laborales con menor probabilidad de inicio de TARV y mayores tasas de fracaso virológico (Marukutira et ál., 2019).

Onusida, reporta que: “En Latinoamérica y el Caribe está presenciando la mayor tasa de movilización humana, estimándose que el 5.8% del total de la población son migrantes” (2020, p. 57), esto debido a que durante los últimos años, ha habido un gran flujo migratorio de ciudadanos venezolanos, consecuencia de la inestabilidad política y crisis económica, llevando a la migración de los ciudadanos a países de América y Europa; Santisteban (2019), manifiesta que: “Esta situación ha llevado a la migración forzada del 10% de la población venezolana” (p. 25).

A inicios del 2019 Santisteban (2019), estima que: “3.4 millones de personas salieron de Venezuela, de los cuales alrededor de 2.7 millones se encuentran en Latinoamérica” (p. 5).

Este aumento de flujo migratorio ha provocado que según Rodríguez-Morales et ál., “Al menos 58 000 personas con VIH no tengan acceso a TARV, lo que ha llevado incluso a la comercialización ilegal de TARV” (2019, pp. 1-3).

La acogida de los inmigrantes en América Latina y el Caribe, es debida a políticas solidarias de la región, las que han mantenido una política de fronteras abiertas, que ha ocasionado que en algunos países se superé la capacidad y a la larga impida una respuesta oportuna al VIH/sida (ONUSIDA, 2020).

Se estima que 958 965 venezolanos se encuentran en situación regular en la región, 365 565 han solicitado asilo a nivel mundial, con alrededor de 5 000 llegadas diarias, las capacidades de acogida se encuentran colapsadas aumentando el riesgo de xenofobia (RMRP, 2019, p. 11).

En la región andina: Colombia, Ecuador y Perú, “el perfil de edad de los migrantes es entre 18 y 45 años, 92% carecen de contrato laboral, 35% son trabajadores informales, y 86% reciben salarios inferiores al mínimo” (Abuelafia, 2020, pp. 7-8).

“Colombia, Perú y Ecuador presentan el mayor peso de la migración, dando acogida a más de 1.7 millones de ciudadanos venezolanos (70%)” (OMS y OPS, 2018, p. 3).

Es así que, debido al alto flujo migratorio observado en América durante los últimos años, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), (2019) recomienda líneas de acción estratégicas para abordar las inequidades sanitarias que afectan a la población migrante entre las que destacan:

- 1) Fortalecimiento de la vigilancia sanitaria, información y monitoreo
- 2) Mejorar el acceso a los servicios sanitarios para la población en situación de movilidad humana
- 3) Intercambio de información con la finalidad de hacer frente a la discriminación

- 4) Mejorar las alianzas entre países y así brindar protección y promoción sanitaria a los migrantes
- 5) Ajustar políticas y leyes, cuya finalidad sean mejoras en la promoción y protección sanitaria a los migrantes (pp. 10-12-14-16-18).

Organizaciones internacionales de Salud, enfrentan un gran desafío con respecto a la crisis sanitaria en Venezuela y los migrantes con VIH/sida (Rodríguez-Morales et ál., 2019), en Latinoamérica no se está generando información sobre el estado de salud de migrantes y refugiados, además de que los fondos nacionales no están preparados para garantizar sostenibilidad en los servicios públicos a migrantes (ONUSIDA, 2020).

Dentro de los motivos de salida en la PVV el que más destaca, es el acceso a TARV, siendo la mayoría de ellos parte de la comunidad Lesbianas, Gais, Bisexuales y Transgénero (LGBTI), un grupo poblacional discriminado, el grupo más vulnerable en términos de movilidad humana (R4V & ONUSIDA., 2019), “con actos discriminatorios hacia trabajadores sexuales de hasta el 7.5%” (UNAIDS, 2019, p. 9), es así que: “Para abril de 2019, habrían migrando al menos 8 000 PVV con necesidad de TARV”(R4V & ONUSIDA., 2019, p. 2).

Gran parte de los países que brindan acogida a la población en situación de movilidad humana, no generan datos que informen sobre la condición actual de salud de los migrantes; las PVV suspenden el TARV y presentan problemas de adherencia al mismo, que a la larga aumenta el índice de mortalidad y control de la epidemia del territorio (R4V y ONUSIDA., 2019).

Rodríguez-Morales et ál. (2019), informa que: “En Colombia en 2017 de 13 310 nuevos casos de infección por VIH, 108 son casos importados, de los cuales 83.3% (90) son de Venezuela” (p. 1).

En el caso de Perú, se informa que “Hacia finales del 2018 se registraron 1 338 venezolanos recibiendo TARV, 90% de los cuales estaban concentrados en Lima” (Santisteban, 2019, p. 16).

En Ecuador, a partir de 1997, los movimientos internacionales han crecido constantemente; sin embargo, en 2019 el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos INEC (2020) indica que: “Se evidencia un decrecimiento del 8% en las entradas y salidas de extranjeros por puntos de migración terrestre” (p. 4), debido a que desde julio de 2019 se establece como requisito de entrada a Ecuador disponer de visa, con lo que se evidenció una reducción significativa de ingresos diarios al país (RMRP, 2020).

Los movimientos internacionales de los extranjeros es más activo que el de los ecuatorianos, INEC (2020), estima que: “Del total de 2 043 993 entradas de extranjeros en 2019, el 67% es por motivos de turismo, 11.8% motivos de residencia y el 0.2% por estudios” (p. 7).

“Los extranjeros de 18 a 29 años de edad son los que más ingresan al país y los que más salen” (INEC, 2020, p. 8).

“En el caso de los extranjeros los hombres son los que registran un mayor porcentaje de entradas y salidas internacionales, con un 54.3% y 54.2% respectivamente” (INEC, 2020, pp. 6 -7).

Los extranjeros de nacionalidad venezolana son los que registran un mayor porcentaje de entradas al país (24.9%), seguido de personas de Estados Unidos de América y Colombia con un porcentaje de 19.7% y 21.3% respectivamente (INEC, 2020, p. 9).

Es así que tras la crisis suscitada en Venezuela, “Ecuador fue un país de paso de ciudadanos venezolanos hacia países como Argentina y Chile, no obstante desde el 2015 alrededor de 400 000 venezolanos han decidido mantener una estadía indefinida en Ecuador” (Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento, 2020, p. 15), siendo su perfil poblacional según OIM (2019), “53.3% hombres, 43.2% mujeres, 91% individuos entre 18 y 45 años, 61.2% ciudadanos solteros, 57.2% con educación secundaria, 21.2% con estudios universitarios y 1.4% de cuarto nivel” (p. 12).

Sí hablamos sobre el nivel de instrucción y migración, la población extranjera ha alcanzado un mayor nivel, como manifiesta Célleri (2019), que de 2 938 encuestados en la ciudad Quito, “el 38% de los ciudadanos cubanos, 26.3% de venezolanos y el 17.1% de colombianos culminaron sus estudios universitarios, a comparación de los ecuatorianos que, en 2010, el 6.3% accedieron a educación superior y a nivel de Pichincha el 1.7%” (p. 8), lo que no ocurre en Estados Unidos de América donde: “hasta el 54% de migrantes mayores a 20 años procedentes de toda América no culminan la secundaria”(Canales Cerón, Alejandro I. Fuentes Knight, Juan Alberto. de León Escribano, 2019, p. 85).

Tras la primera ola migratoria de 2016 y 2017, en 2018 y 2019 se observó una segunda ola conocida como la reunificación familiar, donde mujeres, niños y adolescentes sumaron el 41% de ingresos a nuestro país, con un costo fiscal estimado de alrededor USD 76.7 millones, esto sumado a la crisis económica ecuatoriana por devaluación del petróleo en 2014” (Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento, 2020, pp. 20-23-24).

“Para el 2020 se esperan 273 750 entradas de ciudadanos venezolanos al Ecuador, y que para finales del 2020 existan 659 000 refugiados” (RMRP, 2020, p. 98).

El proceso de regularización para migrantes y refugiados según el Decreto Ejecutivo 826, establece que quienes ingresaron al país antes del 26 de julio de 2019 y no tienen antecedentes penales, pueden presentar su pasaporte válido o vencido, inscribirse en el registro migratorio, solicitar una visa y podrán residir en Ecuador por dos años; sin embargo un 52% de ciudadanos carecen de pasaporte, lo que disminuirá las entradas regulares y aumentará movimientos irregulares en zonas fronterizas (RMRP, 2020, p. 98), actualmente se estima que “271 281 (74%) venezolanos se encuentran en status irregular en nuestro país” (Abuelafia, 2020, p. 6).

Los movilidad humana irregular por efecto del Decreto 826 orilla a procesos de migración inseguros como: violencia y explotación sexual, accidentes de tránsito, hurtos, trata de personas y medios de subsistencia negativos (RMRP, 2020).

Las condiciones de empleo para los migrantes venezolanos son desfavorables, sin embargo por ser una población con más estudios genera impactos negativos en la población ecuatoriana especialmente en la población joven y menos calificada (Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento, 2020).

La falta de acceso a fuentes de empleo de esta población en 2019, estimó que el 72% de la población refugiada venezolana tenía ingresos mensuales menores a la canasta básica familiar de alimentos, 22% vivía en condición de pobreza, y 15% en pobreza extrema (RMRP, 2020, pp. 98-99-103).

En términos de vivienda OIM (2019), indica que: “92.4% de venezolanos residen en vivienda arrendada, 3.8% en albergues, 1.8% en domicilio prestado, 1.3% en hoteles y 0.7% en vivienda propia” (p. 8).

La población migrante por su condición frágil de movilidad humana es propensa a violencia y discriminación OIM (2019), estima que:

74.9% de los venezolanos que ingresaron a Ecuador sufrió violencia física, 27.3% violencia sexual; 98.7% fueron discriminados por su nacionalidad, 4.3% por su condición económica, 3.3% por su sexo, 1.8% por sus preferencias sexuales, 1.1% por su rango etario y 0.7% por su identidad de género (p. 10).

El estigma al VIH, es un problema reacto a la normalización, esto de la mano a que los propios migrantes tienen la idea de que el resto de la población tendrá reacciones antagónicas si se enteran de su condición clínica (Steenberg, 2020), lleva a que esta subpoblación ocupe los últimos lugares en el campo

laboral, que a larga el producto final es el retraimiento y sentimientos de soledad (Fekete, Williams, y Skinta, 2018).

Datos del Ministerio de Salud Pública (MSP), muestran que en 2018 se prestaron 188 000 servicios de salud a venezolanos y 129 000 en 2019, siendo las patologías de mayor prevalencia: infecciones respiratorias y genitourinarias; también se han detectado vacíos con respecto al acceso a TARV en PVV, es así que como una estrategia de respuesta se entregarán pruebas rápidas para ETS y VIH, se brindará atención prioritaria a grupos vulnerables y se harán campañas de promoción de la salud incluido el VIH/sida (RMRP, 2020 pp. 104-105).

En septiembre del 2018 se impulsó el Proceso Quito liderado por Ecuador que convocó a 10 países de todo el continente, cuyo objetivo es mejorar la cooperación territorial y así optimizar el amparo a individuos venezolanos en situación de movilidad humana, y durante su IV reunión en julio del 2019 se presentó como principal objetivo garantizar TARV, acelerando la transición a Tenofovir-Lamivudina-Dolutegravir a todos los migrantes y refugiados independientemente de su status migratorio (R4V y ONUSIDA., 2019, p. 4).

El hecho de brindar atención sanitaria a PVV migrantes, a larga conlleva a ahorros monetarios en los sistemas, control de la epidemia e incorporación sociocultural, es así que el Plan Regional de Respuesta a Refugiados y Migrantes-2019 propone medidas de acceso universal detalladas en la Tabla 5 (R4V & ONUSIDA., 2019).

Tabla 5 Medidas de acceso universal e intervención.

Áreas de acceso universal	Áreas de intervención
• Prevención del VIH/sida • Tratamiento del VIH • Apoyo y cuidado a PVV • Estigma, discriminación, derechos humanos y equidad de género.	• Asistencia de emergencia directa • Protección • Integración socioeconómica y cultural • Fortalecimiento de la capacidad del gobierno de acogida

Modificado por: Montalvo A. (2020), modificado de (Respuesta de ONUSIDA ante el flujo de migrantes y refugiados, 2019)

Con estos antecedentes es de suma importancia una adecuada valoración clínica inicial del paciente inmigrante con VIH/sida, como se detalla en la Tabla 6 (Monge & Pérez-Molina, 2016).

Tabla 6 Valoración clínica inicial del paciente migrante con VIH.

Valoración clínica y de laboratorio	Puntos a tomar en cuenta
Anamnesis	• Conocer las condiciones de acceso sanitario • Soporte social • País y condiciones de residencia en el mismo • Indagar en el periplo migratorio y plan de permanencia • Exposición a alimentos crudos, agua dulce, tipo de vivienda, animales intradomiciliarios, ingesta de lácteos y agua sin tratar, contacto con personas enfermas • Restricciones de tipo religioso • Puesta al día del calendario de vacunas, con hincapié en vacunas del viajero
Examen físico	• Inspección de signos de violencia • Señales que orienten a uso de medicina tradicional • Evaluar el estado nutricional • Toma de tensión arterial • Examen odontológico • Evaluar piel y faneras • Organomegalias
Complementarios laboratoriales generales	• Anemia: que oriente hacia hemoglobinopatías y niveles de ferritina especialmente en el sexo femenino inclusive a pacientes sin anemia manifiesta • Leucopenia y neutropenia racial

	• Eosinofilia • Elevación de azoados
Nivel de CD4+ y carga viral	• El nivel de CD4+ es inferior en africanos subsaharianos • Tener en mente siempre el subtipo VIH-2
Glucosa 6 fosfato deshidrogenasa	• Pesquisa en asiáticos, africanos y en población mediterránea
Patógenos distribuidos geográficamente	• Malaria (africanos subsaharianos), <i>Trypanosoma cruzi</i> (Latinoamérica), <i>Strongyloides stercoralis</i> (latinoamericanos, asiáticos y africanos)

Modificado por: Montalvo A. (2020), modificado de (Infección por el VIH e inmigración, 2016)

2.8. TRATAMIENTO

El TARV reduce la morbi-mortalidad relacionada al VIH, reduce la carga viral por lo que se debe iniciar independientemente del recuento de células CD4+, una vez descartadas infecciones oportunistas (MSP, 2019), el esquema ARV consiste en la combinación de tres medicamentos la llamada terapia triple (De La Torre y Arazo, 2017).

El esquema para el tratamiento inicial de la infección por VIH es: una combinación de tres fármacos, las que incluyen dos Inhibidores de la Transcriptasa Inversa Análogos Nucleósidos (ITIAN) asociados a un Inhibidor de la Integrasa (INI), a un Inhibidor de la Transcriptasa Inversa No Análogo Nucleósido (ITINN), o a un Inhibidor de la proteasa/potenciado (IP/p), con estas combinaciones a las 48 semanas de terapia se logran cifras de CV menores a 50 copias/mm³. (Panel de expertos de GeSIDA y Plan Nacional sobre el sida, 2020, p. 20)

En el transcurso del 2017 al 2019 en nuestro país se han utilizado dos Guías de Práctica Clínica (GPC), para la atención a PVV, en las cuales ha habido cambios en los esquemas de primera línea y alternativos, las cuales se comentan a continuación.

El esquema ARV inicial recomendado en el año 2013, se detalla en la Tabla 7, (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2013).

Tabla 7 TARV inicial de elección y alternativo para PVV según la GPC ecuatoriana del 2013.

2 ITIAN	ITINN / IP
Fármacos de elección:	Fármaco de elección:
TDF 300 mg + FTC 200 mg una vez al día	EFV 600 mg una vez al día
Fármacos alternativos:	Fármaco alternativo:
- ABC 600 mg + 3TC 300 mg una vez al día - AZT 300 mg + 3TC 150 mg dos veces al día	- ATV/r 300 mg/100 mg una vez al día ó - NVP 200 mg dos veces al día

Modificado por: Montalvo A. (2020), modificado de (Guía de Atención Integral para Adultos y Adolescentes con Infección por VIH/sida, 2013). ITIAN: Inhibidor de la Transcriptasa Inversa Análogo Nucleósido, ITINN: Inhibidor de la Transcriptasa Inversa no Análogo Nucleósido, IP: Inhibidor de la Proteasa, TDF: Tenofovir disoproxil fumarato, FTC: Emtricitabina, EFV: Efavirenz ABC: Abacavir, 3TC: Lamivudina, ATV/r: Atazanavir/ritonavir, AZT: Zidovudina, NVP: Nevirapina.

En caso de fallo terapéutico definido como: “CV detectable (> 50 copias/mm³) tras 24 semanas de inicio del TARV, o CV indetectable seguida de dos medidas con cuatro semanas de diferencia” (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2013, p. 39), se recomendó el esquema ARV de segunda línea, que se muestra en la Tabla 8.

Tabla 8 Esquema ARV de segunda línea para PVV según la GPC ecuatoriana del 2013.

• Esquema ARV previo	• Esquema ARV nuevo
TDF/FTC/EFV	AZT/3TC + ATV/r
TDF/FTC + ATV/r	AZT/3TC + DRV/r ó LPV/r
ABC/3TC + EFV	AZT/3TC + ATV/r
AZT/3TC + EFV	TDF/FTC + ATV/r

Modificado por: Montalvo A. (2020), modificado de (Guía de Atención Integral para Adultos y Adolescentes con Infección por VIH/sida, 2013). TDF: Tenofovir disoproxil fumarato, FTC: Emtricitabina, EFV: Efavirenz, AZT: Zidovudina, 3TC: Lamivudina, ATV/r: Atazanavir/ritonavir, DRV/r: Darunavir/ritonavir, LPV/r: Lopinavir/ritonavir, ABC: Abacavir.

Posteriormente estudios en pacientes naive mostraron la superioridad del dolutegravir (DTG) un INI, que mostró un mejor perfil farmacológico respecto a: tolerancia, interacciones, supresión de CV, baja tasa de desarrollo de resistencia y mayor conveniencia en la administración (Bernardino y Antela, 2015), por lo que actualmente se recomienda un esquema ARV basado en DTG y Lamivudina (3TC) excepto en pacientes con: “CV previa al inicio de tratamiento mayor a 5 0000/mm³, coinfección con el virus de la

hepatitis B (VHB) y los individuos que previo al inicio del TARV esperarán el test genotípico para VIH o el test para VHB” (Department of Health and Human Services, 2019, p. 3).

Con estos antecedentes en 2019 el MSP actualiza la GPC para PVV, modificando las recomendaciones referente al TARV como se muestra en la Tabla 9 y 10 (MSP, 2019).

Tabla 9 TARV inicial de elección y alternativo para PVV según la GPC ecuatoriana del 2019.

TARV de elección	TARV alternativo
• TDF/3TC/DTG • TDF/ FTC + DTG	• TDF/3TC + RAL • TDF/FTC + RAL • TDF/FTC/EFV • TDF/3TC + EFV • TDF/3TC + DRV/r • TDF/FTC + DRV/r • ABC/3TC/EFV • ABC/3TC + DTG • ABC/3TC + DRV/r • ABC/3TC + RAL • AZT/3TC + RAL • AZT/3TC + DTG

Modificado por: Montalvo A. (2020), modificado de [Prevención, diagnóstico y tratamiento de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en embarazadas, niños, adolescentes y adultos, 2019]. TDF: Tenofovir disoproxil fumarato, 3TC: Lamivudina, DTG: Dolutegravir, FTC: Emtricitabina, RAL: Raltegravir, EFV: Efavirenz, DRV/r: Darunavir/ritonavir, ABC: Abacavir, AZT: Zidovudina.

Tabla 10 Recomendaciones elección TARV de segunda línea para PVV según la GPC ecuatoriana del 2019.

Recomendaciones frente a fracaso virológico
Buscar causa de fracaso Evaluar resistencia previo al cambio a otro esquema ARV Cambio a otro TARV oportunamente y así evitar resistencias acumuladas Un ARV del nuevo esquema debe ser de una familia nueva Garantizar con el nuevo esquema tolerancia y adherencia Mantener la supresión virológica En caso de usar IP, usar DRV/r a dosis 600 mg/100 mg dos veces al día Usar DTG, en las PVV que no hayan recibido previamente un INI Continuar con el segundo esquema de fallo virológico con fármacos que supriman la CV y no seleccionen mutaciones extra Si fracaso virológico avanzado consultar a experto en VIH

Modificado por: Montalvo A. (2020), modificado de [Prevención, diagnóstico y tratamiento de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en embarazadas, niños, adolescentes y adultos, 2019].

Al hablar de fallo virológico es importante conocer los factores desencadenantes, los mismos que se detallan en la tabla 11 (Sociedad Argentina de Infectología, 2019).

Tabla 11 Fallo virológico y factores implicados.

Factores implicados	Características
Dependientes del paciente	• Niveles bajos de CD4+ previo al inicio del tratamiento • Falta a acceso a los servicios de salud • Alteraciones neuropsiquiátricas • Falta de redes de apoyo • Pobre adherencia al TARV • Drogadicción
Dependientes del virus	• Resistencia transmitida
Dependientes del fármaco	• Dosis • Barrera genética • Potencia subóptima del fármaco • Interacciones farmacológicas, alimentarias y con herbolarias • Toxicidad

Modificado por: Montalvo A. (2020), modificado (VII CONSENSO ARGENTINO DE TERAPIA ANTIRRETROVIRAL, 2019). TARV: Tratamiento Antirretroviral.

Actualmente, el esquema ARV de segunda línea se basa según la familia de drogas utilizadas en el primer esquema como se muestra en la Tabla 12 (Department of Health and Human Services, 2019).

Tabla 12 Esquema ARV de segunda línea tras primer fallo virológico.

Esquema ARV previo	Régimen de rescate recomendado
• 1 ITINN + 2 ITIAN	• IP/r + 2 ITIAN (por lo menos uno nuevo) • DTG + 2 ITIAN (por lo menos uno nuevo) • IP/r + 1 INI
• INI (RAL ó EVG/c) + 2 ITIAN	• IP/r + 2 ITIAN (al menos uno nuevo)
• INI (DTG) + 2 ITIAN	• DTG dos veces al día (si hay sensibilidad) + 2 ITIAN activos • DTG dos veces al día (sí hay sensibilidad) + IP/r
• IP/r + 2 ITIAN	• IP/r nuevo + 2 ITIAN (al menos uno nuevo) • INI + 2 ITIAN (al menos uno nuevo) • IP/r nuevo + 1 INI

Modificado por: Montalvo A. (2020), modificado (Guías para el Uso de Agentes Antirretrovirales in Adultos y Adolescentes con VIH, 2019). ITINN: Inhibidor de la Transcriptasa Inversa No Análogo Nucleósido, ITIAN: Inhibidor de la Transcriptasa Inversa Análogo Nucleósido, IP/r: Inhibidor de la Proteasa/reforzado, DTG: Dolutegravir, RAL: Raltegravir, EVG/c: Elvitegravir/cobicistat.

En nuestro país al estar la epidemia VIH/sida concentrada en la población transgénero es importante conocer las interacciones farmacológicas de los ARV y terapias hormonales reafirmantes de género utilizadas por este grupo poblacional, las mismas que se muestran en la Tabla 13 (Department of Health and Human Services, 2019).

Tabla 13 Interacciones farmacológicas entre ARV y drogas reafirmantes de género.

Efectos en drogas reafirmantes de género	ARV	Drogas reafirmantes de género afectadas	Recomendaciones
ARV con menor impacto en drogas reafirmantes de género	• Todos los ITIAN Inhibidores de entrada: • MVC • T-20 • IBA IP no reforzados: • DTG • BIC • RAL ITINN: • RPV • DORV	Ninguno	No requieren ajustes
ARV que pueden incrementar las concentraciones plasmáticas de drogas reafirmantes de género	• EVG/c • Todos los IP/r	• Finasteride • Testosterona • Dutasteride	Vigilancia de efectos secundarios, disminuir la dosis de drogas reafirmantes de género
ARV que disminuyen las concentraciones plasmáticas de drogas reafirmantes de género	• IP/r ITINN: • EFV • ETR • NVP	• Estradiol	Aumentar la dosis de estradiol
	ITINN: • EFV • ETR	• Testosterona • Dutasteride • Finasteride	Aumentar la dosis de drogas reafirmantes de género

	• NVP		
ARV sin efecto claro a las drogas reafirmantes de género	• EVG/c • IP/c	• Estradiol	Aumento o disminución de las concentraciones de estradiol, ajustar dosis

Modificado por: Montalvo A. (2020), modificado (Guías para el Uso de Agentes Antirretrovirales en Adultos y Adolescentes con VIH, 2019). ARV: Antirretrovirales, ITIAN: Inhibidor de la Transcriptasa Inversa Análogo Nucleósido, IBA: Ibalizumab, MVC: Maraviroc, T-20: Enfuvirtide, BIC: Bictegravir, DTG: Dolutegravir, RAL: Raltegravir, ITINN: Inhibidor de la Transcriptasa Inversa No Análogo Nucleósido, RPV: Rilpivirina, DOR: Doravirina, EVG/c: Elvitegravir/cobicistat, IP: Inhibidor de la Proteasa, EFV: Efavirenz, ETR: Etravirina, NVP: Nevirapina, IP/c: Inhibidor de la Proteasa/cobicistat.

En el marco de movilidad humana y acceso al TARV, la población migrante por obstáculos legales y situación irregular en los países de acogida dificulta el acceso gratuito a ARV (Monge & Pérez-Molina, 2016), así debido al gran aflujo de ciudadanos extranjeros venezolanos a nuestro país como lo muestran las estadísticas del 2019, es necesario conocer prioritariamente el TARV utilizado en Venezuela, los esquemas recomendados se muestran en la Tabla 14 y 15 (Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, 2018).

Tabla 14 TARV de inicio recomendado según la GPC venezolana para PVV del 2018.

Población	Esquema de elección	Esquema ARV alterno
• Varones	• TDF/FTC/DTG	• ABC/3TC + DTG • TDF/FTC + ATV/r ó (LPV/r) • ABC/3TC + ATV/r ó (LPV/r)
• Embarazadas	• TDF/FTC + ATV/r ó (LPV/r)	• ABC/3TC + ATV/r ó (LPV/r)
• Mujeres en edad reproductiva sin anticoncepción	• TDF/FTC/EFV	• ABC/3TC + ATV/r ó (LPV/r)

Modificado por: Montalvo A. (2020), modificado de (Tratamiento Antirretroviral para personas con VIH Guía Práctica, 2018). TDF: Tenofovir disoproxil, FTC: Emtricitabina. DTG: Dolutegravir, ABC: Abacavir, 3TC: Lamivudina, ATV/r: Atazanavir/ritonavir, LPV/r: Lopinavir/ritonavir.

Tabla 15 Esquema de reinicio de TARV según la GPC venezolana para PVV del 2018.

Contexto	Población	Esquema de elección	Esquema ARV alterno
Reinicio de TARV tras la interrupción de la primera línea con ITINN (EFV-NVP) o IP y segunda línea con IP	- Hombres - Mujeres en etapa no reproductiva con uso de anticoncepción	TDF/3TC/DTG	- ABC/3TC + DTG - TDF/FTC + ATV/r ó (LPV/r)
	- Mujeres en etapa reproductiva sin anticoncepción - Embarazadas	TDF/FTC + ATV/r ó (LPV/r)	ABC/3TC + ATV/r ó (LPV/r)

Modificado por: Montalvo A. (2020), modificado de (Tratamiento Antirretroviral para personas con VIH Guía Práctica, 2018). ITINN: Inhibidor de la Transcriptasa Inversa no Nucleósido, EFV: Efavirenz, NVP: Nevirapina, IP: Inhibidor de la Proteasa, TDF: Tenofovir disoproxil, 3TC: Lamivudina, DTG: Dolutegravir, ABC: Abacavir, FTC: Emtricitabina. DTG: Dolutegravir, ATV/r: Atazanavir/ritonavir, LPV/r: Lopinavir/ritonavir.

De igual manera es meritorio mencionar los esquemas ARV recomendados en la GPC venezolana previa a la del 2018, los mismos que se detallan en la Tabla 16 [Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS), 2014].

Tabla 16 TARV de inicio recomendado según la GPC venezolana para PVV del 2014.

	Esquema de elección	Esquema alternativo
Esquema basado en ITINN	TDF/FTC + EFV	- ABC/3TC + EFV - ABC/3TC + NVP - TDF/FTC + NVP
Esquema basado en IP/p	TDF/FTC + ATZ/r	- ABC/3TC + ATZ/r - TDF/FTC + LPV/r - ABC/3TC + LPV/r

Modificado por: Montalvo A. (2020), modificado de (Guía de tratamiento antirretroviral de las personas con VIH/sida en Venezuela, 2014). ITINN: Inhibidor de la Transcriptasa Inversa no Nucleósido, IP/p: Inhibidor de la proteasa/potenciado, TDF: Tenofovir disoproxil, FTC: Emtricitabina, EFV: Efavirenz, ABC: Abacavir, 3TC: Lamivudina, ATV/r: Atazanavir/ritonavir, LPV/r: Lopinavir/ritonavir.

Tras el incremento de las tasas de resistencia a TARV en países de bajos y medianos ingresos Hamers, Rinke de Wit, y Holmes (2018), recomiendan que: “El esquema basado en tenofovir, lamivudina

y dolutegravir sería una oportunidad para mejorar la eficacia del tratamiento” (p. 6), al igual como dictaminó el Proceso Quito en julio del 2019 (R4V y ONUSIDA., 2019), por su parte Rodríguez-Morales et ál. (2019), plantean que: “Un esquema ARV para la población venezolana, con poca probabilidad de ser afectado por resistencia primaria o seleccionada, es un régimen basado en INI o darunavir/ritonavir, cualquiera de ambos combinados con tenofovir y emtricitabina o lamivudina” (p. 4).

Al mencionar la resistencia al TARV, es importante conocer los factores de riesgo para fallo virológico en la población migrante que según Saracino et ál. (2016), se consideran como: “Bajo riesgo: sexo masculino, conteo de CD4+ previo al TARV menor a 100 células/mm³, y alto riesgo: el desempleo, abuso de drogas intravenosas y el uso de un régimen basado en IP/p” (p. 12).

CAPÍTULO III

3.1. METODOLOGÍA

3.1.1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

El VIH, continúa siendo uno de los mayores problemas para la salud pública mundial, que cobra cientos a miles de vidas cada año, UNAIDS (2020), estimó que: “En 2019, 690 000 de personas fallecieron en el mundo por causas relacionadas con este virus” (p. 11).

Pese al brote de COVID-19 los objetivos para erradicar al sida como problema de salud pública ya estaban fuera de lugar UNAIDS (2020), indica que:

Entre 2010 y 2019, el número de nuevas infecciones por el VIH se redujo en un 23%, pero globalmente aún hay 690 000 muertes relacionadas al sida, es así que el objetivo para el 2020 de reducir el número de muertes y nuevas infecciones a menos de 50 000 no se ha alcanzado. (p. 4)

El VIH se encuentra dentro de las principales amenazas para la salud por lo que los países deben poner en práctica las siguientes medidas específicas:

- 1) Información para una acción específica (conocer la epidemia y la respuesta).
- 2) Intervenciones que tienen impacto (cobertura de la gama de servicios requeridos).
- 3) Atención para un acceso equitativo
- 4) Financiamiento para la sostenibilidad (cobertura de los costos de los servicios).
- 5) Innovación para la agilización (de cara al futuro). (World Health Organization, 2016, p.

Mediante estas estrategias se esperaba para el 2020, las siguientes metas:

Reducir el número de nuevas infecciones y muertes relacionadas al sida a menos de 50 000, que el 90% de las PVV conozcan su condición serológica, que el 90% de los pacientes que conocen su diagnóstico reciban TARV y que el 90% que están en tratamiento tengan carga viral indetectable. (World Health Organization, 2016, p. 12)

UNAIDS (2020), informa que en Ecuador: “El 80% de las PVV conocen su estado, el 82% acceden al tratamiento y en el 75% presentan carga viral suprimida, sumando un total de 47 000 de PVV” (pp. 225 - 242).

UNAIDS (2020), informa que: “La visión de la respuesta global del VIH para el 2030 es alcanzar la estrategia de los tres ceros, que se refiere a cero nuevas infecciones por VIH, cero muertes relacionadas al sida y cero discriminación” (p. 6).

En Ecuador UNAIDS (2020), informa que en el 2019 “Hubieron 2 400 nuevas infecciones y 610 muertes relacionadas al sida”(p. 242).

En referencia al estigma y discriminación según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUD) 2012 se estima que:

En la población de 15 a 49 años un 26.8% a 43.9% no compraría vegetales a un vendedor con VIH y no estarían de acuerdo que un niño con VIH acuda a una escuela con niños que son VIH negativos. (UNAIDS, 2019, p. 7)

3.1.2. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es el impacto de la Movilidad Poblacional en el perfil clínico y epidemiológico de la Infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana en el HPAS en el período 2017 - 2019?

3.2. OBJETIVOS

3.2.1. Objetivo general

Determinar el Impacto de la Movilidad Poblacional en el perfil clínico y epidemiológico de la Infección por VIH en el HPAS en el período 2017 – 2019.

3.2.2. Objetivos específicos

Describir las características clínico epidemiológicas de los pacientes infectados por VIH en el HPAS en el período 2017 – 2019.

Definir las características de movilidad de los pacientes infectados por VIH en el HPAS en el período 2017 – 2019.

Categorizar a los pacientes infectados por VIH de acuerdo a la clasificación CDC.

Correlacionar la movilidad poblacional con los resultados clínico epidemiológicos de los pacientes infectados por VIH en el HPAS en el período 2017 – 2019.

3.4. SITIO DE ESTUDIO Y POBLACIÓN

3.4.1. SITIO DE ESTUDIO

La presente investigación se llevó a cabo en el HPAS, una unidad de salud de segundo nivel ubicada al norte de la ciudad de Quito, la cual cuenta con una Unidad de Atención Integral (UAI) para PVV inaugurada el 29 de septiembre de 2017, siendo el objetivo de su apertura priorizar la atención médica a la población infectada por VIH -una población vulnerable y de esta manera cumplir con las políticas mundiales establecidas por ONUSIDA de poner fin a la epidemia por VIH/sida, sumando así 37 UAI a nivel nacional.

La UAI de HPAS se cuenta con: un infectólogo, dos internistas másteres en infección por VIH, un pediatra, una epidemióloga, un ginecólogo, una enfermera, un psicólogo y una trabajadora social.

3.4.2. POBLACIÓN

La población está constituida por los pacientes mayores de 18 años, atendidos en la UAI del HPAS con diagnóstico de Infección por el VIH desde su apertura en septiembre del 2017 hasta el 31 de diciembre del 2019, que corresponde a 494 pacientes en total, en este estudio se incluyeron 293 pacientes.

Siendo en su mayoría una población heterogénea nacional y extranjera, en su mayoría transferida del primer nivel de atención y de las UAI del Hospital Eugenio Espejo (HEE) y del Hospital Enrique Garcés (HEG) por su lugar de residencia en el norte de la ciudad.

3.5. TIPO DE ESTUDIO

Observacional Descriptivo de Corte Transversal

3.6. CRITERIOS DE SELECCIÓN

3.6.2. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Pacientes con Infección confirmada por VIH.

Pacientes mayores de 18 años.

Pacientes que acepten formar parte del estudio y firmen el consentimiento informado.

3.6.3. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Pacientes menores de 18 años

Pacientes sin confirmación diagnóstica.

Pacientes que no deseen formar parte de la investigación antes o durante el estudio.

Pacientes que hayan fallecido previo a la recolección de datos.

Pacientes que hayan sido transferidos previo a la recolección de datos.

3.7. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE MUESTRA

El presente estudio cuenta con la aprobación del Sub - Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador (PUCE) y del HPAS, después de llevar a cabo un proceso de consentimiento informado se realizó una encuesta a los pacientes incluidos en nuestro estudio y esta información se complementó con datos de la historia clínica como: carga Viral (CV) y nivel de CD4+. Los datos extraídos de las encuestas e historias clínicas se registraron en el instrumento de recolección de datos utilizando Excel Office 2016.

Los datos obtenidos de las encuestas e historias clínicas incluyen, datos sociodemográficos y clínicos de los pacientes incluidos en este estudio.

3.8. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

El análisis de datos se lo realizó en el programa estadístico SPSS versión 22.0.

3.8.1. ANÁLISIS UNIVARIADO

Las variables cualitativas se describieron mediante frecuencias absoluta, frecuencias relativas porcentajes y fueron expresadas a través de gráficos.

3.8.2. ANÁLISIS BIVARIADO

Se realizaron pruebas estadísticas para determinar asociación entre variables categóricas o cualitativas Chi cuadrado, con test de exactitud Fisher y para cálculo de riesgo Odds Ratio (OR).

3.9. ASPECTOS BIOÉTICOS

3.9.1. PROPÓSITO

El presente estudio busca determinar el impacto de la movilidad poblacional en el perfil clínico y epidemiológico de los pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de Infección por VIH, en la UAI del HPAS, desde octubre del 2017 a diciembre del 2019.

3.9.2. PROCEDIMIENTO

La presente investigación no involucra ningún tipo de intervención experimental con los pacientes incluidos en el estudio, de manera que no implicó ningún riesgo, el manejo de los datos se llevó a cabo bajo un protocolo de estricta confidencialidad y anonimato.

3.9.3. CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN

Con el fin de proteger la confidencialidad de los datos recolectados a través de la encuesta y los obtenidos de las historias clínicas, estos fueron codificados para asegurar el anonimato de los participantes, solamente el investigador fue el encargado de resguardar esta información.

3.9.4. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Previo a la encuesta y la obtención de datos de la historia clínica todos los pacientes incluidos en el estudio tuvieron un procedimiento de consentimiento informado en el que pudieron expresar libre y voluntariamente su deseo de participar, el formato de consentimiento informado está en el Anexo #1.

CAPÍTULO IV

4.1. RESULTADOS

En el presente estudio se incluyeron 293 pacientes con diagnóstico confirmado de VIH atendidos en la UAI del HPAS durante los años 2017 y 2019.

4.1.1. ANÁLISIS UNIVARIADO

De 293 pacientes, 90.4% corresponden al sexo masculino, entre 25 a 39 años fueron el grupo etáreo más representativo.

56.0% reportó HSH como orientación sexual, la mayor cantidad de pacientes reportaron ser solteros en relación a su estado civil, más del 80% tenían un nivel instrucción secundario o superior.

La mayoría de pacientes podían ser catalogados que viven en condición de pobreza, pues su ingreso económico mensual fue menor a la canasta básica, 86.3% no contaban con un seguro de salud, 34.5% reportaron no tener ningún apoyo económico.

85,3% informaron no consumir ningún tipo de droga, 76.8% residían en vivienda arrendada, y más del 70% fueron diagnosticados de infección por VIH en Ecuador.

Datos mostrados en la Tabla 17.

Tabla 17 Características sociodemográficas.

Variable	Condición	N=293 (%)
Sexo	Hombre	265 (90.4%)
	Mujer	28 (9.6%)
Edad	18 – 24 años	43 (14.7%)
	25 –39 años	183 (62.5%)
	40 -64 años	67 (22.9%)
	Mayor o igual 65 años	0 (0.0%)
Orientación sexual	Heterosexual	96 (32.8%)
	Bisexual	33 (11.3%)
	HSH	164 (56.0%)

Estado civil	Soltero	218 (74.4%)
	Casado	30 (10.2%)
	Divorciado	10 (3.4%)
	Unión Libre	34 (11.6%)
	Viudo	1 (0.3%)
Nivel de instrucción	Ninguna	1 (0.3%)
	Básica	20 (6.8%)
	Secundaria	120 (41.0%)
	Superior	133 (45.4%)
	Cuarto Nivel	19 (6.5%)
Ingreso económico mensual	Menor a canasta básica	218 (74.4%)
	Igual a canasta básica	58 (19.8%)
	Mayor a 1 canasta básica	17 (5.8%)
Actividad laboral	Si	156 (53.2%)
	No	137 (46.8%)
Seguro de salud	IESS	37 (12.6%)
	Privado	3 (1.0%)
	Ninguno	253 (86.3%)
Apoyo económico	Padres.	64 (21.8%)
	Hijos.	7 (2.4%)
	Hermanos.	38 (13.0%)
	Otros familiares	8 (2.7%)
	Pareja.	30 (10.2%)
	Amigos.	3 (1.0%)
	Madre	42 (14.3%)
Consumo de drogas	Ninguno	101 (34.5%)
	Drogas inyectables.	0 (0.0%)
	Drogas inhaladas.	6 (2.0%)
	Alcohol.	14 (4.8%)
	Tabaco.	12 (4.1%)
	Tabaco + Alcohol	11 (3.8%)
Residencia actual	Ninguno	250 (85.3%)
	Vivienda propia.	67 (22.9%)
	Vivienda arrendada.	225 (76.8%)
	Albergue.	1 (0.3%)
	Nómada.	0 (0.0%)
Lugar de diagnóstico	Destechado/a (Calle).	0 (0.0%)
	Ecuador	222 (75.8%)
	Venezuela	62 (21.2%)
	Colombia	5 (1.7%)
	Alemania	2 (0.7%)
	Cuba.	2 (0.7%)

Fuente: Datos del estudio

Elaboración: Montalvo, A (2020)

HSH: Hombres que tienen sexo con Hombres; IESS: Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.

En relación a las características de movilidad de nuestro grupo de pacientes, el 51.9% fueron de nacionalidad ecuatoriana, y 48.0% extranjeros, de estos el 83.1% son de nacionalidad venezolana.

51.2% de los participantes vivió en Ecuador toda su vida y 44.0% un tiempo de estancia mayor a un año.

89.4% informó un plan de permanencia indefinido en el país.

Estos datos se muestran en la Tabla 18 y en el Gráfico 1.

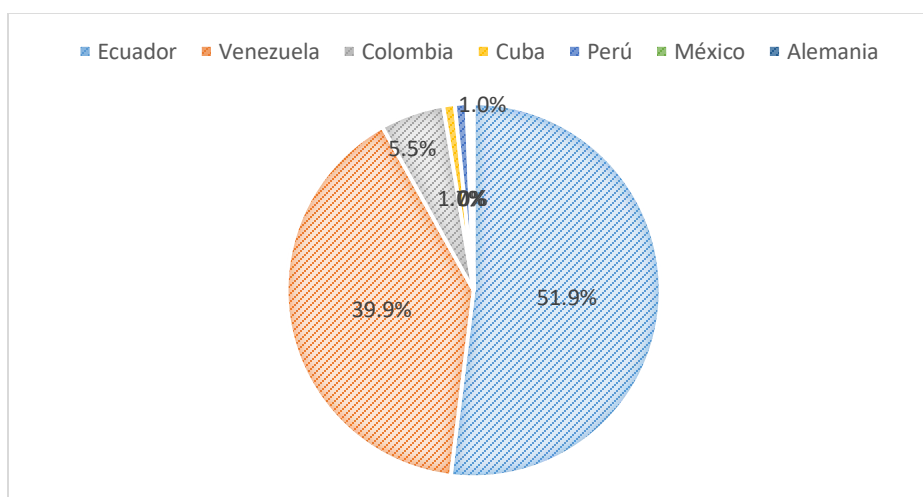
Tabla 18 Nacionalidad y movilidad humana.

Variable	Condición	N= 293 (%)
Nacionalidad	Ecuador	152 (51.9%)
	Colombia	16 (5.5%)
	Venezuela	117 (39.9%)
	Perú	3 (1.0%)
	Cuba	3 (1.0%)
	México	1 (0.3%)
	Alemania	1 (0.3%)
Tiempo de residencia en el Ecuador	Menor a un mes.	1 (0.3%)
	1 mes – 1 año	13 (4.4%)
	Mayor a un año.	129 (44.0%)
	Toda la vida	150 (51.2%)
Cambio de residencia	Si	150 (51.2%)
	No	143 (48.8%)
Plan de permanencia en el país	Indefinido.	262 (89.4%)
	Temporal.	31 (10.6%)
	De paso.	0 (0.0%)

Fuente: Datos del estudio

Elaboración: Montalvo, A (2020)

Gráfico 1 Nacionalidad de los pacientes incluidos en la investigación.



Fuente: Datos del estudio

Elaboración: Montalvo, A (2020)

En relación a las características clínicas 81.2% fueron diagnosticados de infección por VIH en el período 2014 – 2019, el resto fueron antes de este periodo, 39.5% de los cuales se diagnosticaron en fase avanzada de la enfermedad.

57.3% de pacientes presentaba como diagnóstico actual Infección por VIH fase no sida.

La mayoría de los pacientes utilizaban su primer esquema de TARV, el mismo que estuvo basado en 2 ITIAN + ITINN, y la mayoría nunca ameritó cambio de esquema.

El motivo más común en la primera consulta en la UAI del HPAS fue por transferencia de otra unidad de atención y para continuar el TARV.

78.2% tenía carga viral menor a 50 copias/mm³ y 51.5% tenían un valor de CD4+ entre 200 a 499 células/mm³.

49.1% de pacientes no tenía ninguna enfermedad relacionada a VIH, y de los pacientes que tenían alguna enfermedad concomitante (definitoria o no definitiva) la mayoría fueron ETS.

Estos resultados se presentan en la Tabla 19.

Tabla 19 Características de la enfermedad y progresión de la misma.

Variable	Condición	N=293 (%)
Fecha de diagnóstico	1994 - 2003	9 (3.1%)
	2004 - 2013	46 (15.7%)
	2014 - 2019	238 (81.2%)
Diagnóstico	Tardío	38 (12.9%)
	Avanzado	116 (39.5%)
	Oportuno	55 (18.7%)
	No disponible (sin CD4+)	84 (28.6%)
Diagnóstico actual	Infección por VIH (Fase no sida)	168 (57.3%)
	Infección por VIH (Fase sida)	125 (42.6%)
Número de esquemas antirretrovirales recibidos previamente.	Uno.	44 (15.0%)
	Dos.	8 (2.7%)
	Tres.	1 (0.3%)
	Ninguno	240 (81.9%)
Esquema Antirretroviral	2 ITIAN + ITINN	31 (10.6%)

previo	2 ITIAN + INI	2 (0.7%)
	2 ITIAN + IP	20 (6.8%)
	Ninguno	240 (81.9%)
Cambio de esquema antirretroviral	Sí	53 (18.1%)
	No	240 (81.9%)
Causa de cambio de esquema antirretroviral	Fallo virológico	18 (6.1%)
	Efectos adversos	19 (6.5%)
	Disponibilidad de medicamento	14 (4.8%)
	Transición a DTG/3TC	2 (0.7%)
	No aplica	240 (81.9%)
Causa de primera consulta en el HPAS	Disminución de peso.	1 (0.3%)
	Fiebre.	23 (7.8%)
	Diarrea.	7 (2.4%)
	Adenopatías.	1 (0.3%)
	Continuar tratamiento/	225(76.8%)
	Transferencia	
	Infecciones oportunistas.	25 (8.5%)
	Fiebre + diarrea + pérdida de peso	11 (3.8%)
	2 ITIAN + ITINN	257 (87.7%)
	2 ITIAN + INI	6 (2.0%)
Esquema antirretroviral actual	2 ITIAN + IP	22 (7.5%)
	INI + IP	7 (2.4%)
	INI + ITINN + IP	1 (0.3%)
Carga viral actual	Menos de 50 copias/mm3	229 (78.2%)
	51 – 500 copias/mm3	40 (13.7%)
	501 – 1 000 copias/mm3	3 (1.0%)
	Más de 1 000 copias/mm3	21 (7.2%)
Conteo de CD4+ actual	Menor a 200/mm3	31 (10.6%)
	201 – 499/mm3	151 (51.5%)
	Mayor a 500/mm3	111 (37.9%)
Enfermedades relacionadas al VIH	ETS	63 (21.5%)
	Hepatitis B	8 (2.7%)
	Tuberculosis	12 (4.1%)
	Neumonía por	9 (3.1%)
	Pneumocystis jirovecii	
	Diarrea crónica	13 (4.4%)
	Neumonía recurrente	1 (0.3%)
	Candidiasis	2 (0.7%)
	Herpes	1 (0.3%)
	ETS + Neumonía por	1 (0.3%)
	Pneumocystis jirovecii	
	ETS + Hepatitis B	5 (1.7%)
	ETS + Diarrea crónica	4 (1.4%)
	ETS + Tuberculosis	4 (1.4%)
	Toxoplasmosis cerebral	1 (0.3%)
	Bacteremia por	1 (0.3%)
	Salmonella	
	Tuberculosis + diarrea crónica	1 (0.3%)
	Criptococosis meníngea	1 (0.3%)
	ETS + Candidiasis	5 (1.7%)
		1 (0.3%)

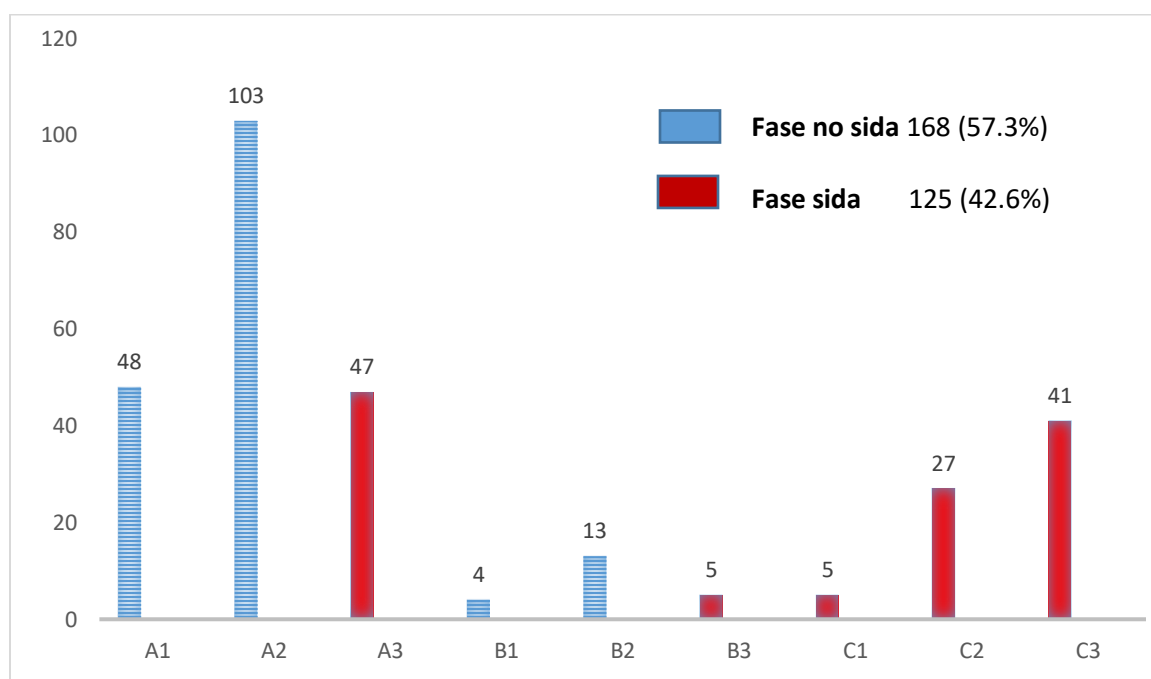
Diarrea crónica + candidiasis	1 (0.3%)
Neumonía por Pneumocystis jirovecii + Toxoplasmosis cerebral	2 (0.7%)
Hepatitis B + diarrea crónica	1 (0.3%)
Toxoplasmosis cerebral + ETS	1 (0.3%)
Candidiasis + Hepatitis B + ETS	2 (0.7%)
Histoplasmosis diseminada	1 (0.3%)
Sarcoma de Kaposi Neumonía por Pneumocystis jirovecii + Candidiasis	1 (0.3%)
Sarcoma de Kaposi + Hepatitis B + ETS	3 (1.0%)
Síndrome de desgaste	3 (1.0%)
Síndrome de desgaste + ETS	144 (49.1%)
Ninguno	

Fuente: Datos del estudio

Elaboración: Montalvo, A (2020)

3TC DTG: Lamivudina Dolutegravir; ETS: Enfermedades de transmisión sexual; ITIAN: Inhibidor de la Transcriptasa Inversa Análogo Nucleósido; ITINN: Inhibidor de la Transcriptasa Inversa no Análogo Nucleósido; VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humana.

La condición clínica de los pacientes fue clasificada en categorías según los criterios del CDC; el 67.5% de la población estudiada se encontraba en la categoría A, de los cuales el 35.1% pertenecían a la categoría A2, 125 pacientes (42.6%) se encontraban en fase sida de la enfermedad, estos datos se reflejan en el Gráfico 2.

Gráfico 2 Categorías según CDC en los pacientes incluidos en el estudio.

Fuente: Datos del estudio

Elaboración: Montalvo, A (2020)

4.1.2. ANÁLISIS BIVARIADO

Se realizó una correlación entre las variables sociodemográficas y la nacionalidad en cuanto a la edad, 55.2% de los ciudadanos nacionales y el 70.2% de los extranjeros pertenecían al grupo etario entre 25 a 39 años con una $p < 0,05$.

En cuanto a la orientación sexual el 44.7% de la población nacional y el 68.0% de la población extranjera se identificó como HSH con una $p < 0.05$.

71.7% de los ciudadanos ecuatorianos y el 77.3% de los ciudadanos extranjeros eran solteros con una $p < 0.05$.

49.3% de los ecuatorianos tenían un nivel de instrucción secundario y el 56.0% de los extranjeros un nivel de instrucción superior con una $p < 0.05$.

55.9% de los pacientes ecuatorianos y 99.2% de los extranjeros residían en vivienda arrendada con una $p<0.05$.

75.6% de los ciudadanos nacionales y el 54.6% de ciudadanos extranjeros recibían apoyo económico por parte de sus padres y allegados con una $p<0.05$.

64.5% de ciudadanos extranjeros poseía empleo y 57.2% de los ciudadanos nacionales no, con una $p<0.05$.

99.3% de los ecuatorianos y 50.3% de extranjeros fueron diagnosticados de Infección por VIH en Ecuador con una $p<0.05$.

Datos mostrados en la Tabla 20.

Tabla 20 Características socio demográficas asociadas a la nacionalidad.

Variable	Condición	N=152 (%) Nacionales	N=141 (%) Extranjeros	p
Edad	18 – 24 años	33 (21.7%)	10 (7.0%)	,003
	25 – 39 años	84 (55.2%)	99 (70.2%)	
	40 – 64 años	35 (23.0%)	32 (22.6%)	
Sexo	Hombre	132 (86.8%)	133 (94.3%)	,191
	Mujer	20 (13.1%)	8 (5.6%)	
Orientación sexual	Heterosexual	65 (42.7%)	31 (21.9%)	,001
	Bisexual	19 (12.5%)	14 (9.9%)	
	HSH	68 (44.7%)	96 (68.0%)	
Estado civil	Soltero	109 (71.7%)	109 (77.3%)	<0,001
	Casado	20 (13.1%)	10 (7.0%)	
	Divorciado	5 (3.2%)	5 (3.5%)	
	Unión libre	18 (11.8%)	16 (11.3%)	
	Viudo	0 (0.0%)	1 (0.7%)	
Nivel de Instrucción	Ninguno	1 (0.6%)	0 (0.0%)	<0,001
	Básica	18 (11.8%)	2 (1.4%)	
	Secundaria	75 (49.3%)	45 (31.9%)	
	Superior	54 (35.5%)	79 (56.0%)	
	Cuarto nivel	4 (2.6%)	15 (10.6%)	
Residencia actual	Vivienda propia	66 (43.4%)	1 (0.7%)	<0,001
	Vivienda arrendada	85 (55.9%)	140 (99.2%)	
	Albergue	1 (0.6%)	0 (0.0%)	
Apoyo económico	Padres y allegados	115 (75.6%)	77 (54.6%)	<0,001
	Ninguno	37 (24.3%)	64 (45.3%)	
Actividad laboral	Sí	65 (42.7%)	91 (64.5%)	,012
	No	87 (57.2%)	50 (35.4%)	

Lugar de diagnóstico	Ecuador	151 (99.3%)	71 (50.3%)	<0,001
	Extranjero	1 (0.6%)	70 (49.6%)	

Fuente: Datos del estudio

Elaboración: Montalvo, A (2020)

HSB: Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres.

Se correlacionaron las variables relacionadas a movilidad humana y nacionalidad, donde 98.6% de los ecuatorianos viven en Ecuador toda su vida y el 90.7% de los extranjeros viven en Ecuador más de un año con una $p < 0.05$.

94.0% de los ecuatorianos no han cambiado de residencia y 100% de los extranjeros sí han cambiado con una $p < 0.05$.

78.0% de los extranjeros y el 100% de los nacionales tienen un plan de permanencia indefinido en nuestro país con una $p < 0.05$.

Datos mostrados en la Tabla 21.

Tabla 21 Nacionalidad y movilidad humana.

Variable	Condición	N=152 Nacionales (%)		N=141 Extranjeros (%)		p
Tiempo de Residencia en el Ecuador	Menor a 1 mes	1	(0.6%)	0	(0.0%)	<0,001
	1 mes – 1 año	0	(0.0%)	13	(9.2%)	
	Más de un año	1	(0.6%)	128	(90.7%)	
	Toda la vida	150	(98.6%)	0	(0.0%)	
Cambio de residencia	Si	9	(5.9%)	141	(100.0%)	<0,001
	No	143	(94.0%)	0	(0.0%)	
Plan de permanencia en el país	Indefinido	152	(100.0%)	110	(78.0%)	<0,001
	Temporal	0	(0.0%)	31	(21.9%)	

Fuente: Datos del estudio

Elaboración: Montalvo, A (2020)

En la correlación entre variables clínicas asociadas a la enfermedad y la nacionalidad, 51.3% de ecuatorianos se encuentran en fase sida de la enfermedad y 66.6% de los extranjeros en fase no sida con una $p < 0.05$.

50.0% de ciudadanos nacionales tuvieron un diagnóstico tardío de la enfermedad y del 41.8% de extranjeros se dispone desconoce el estadio al diagnóstico pues ya vinieron del extranjero y desconocemos el nivel de CD4+ al diagnóstico con una $p < 0.05$.

86,8% de ciudadanos ecuatorianos y el 76.5% de los extranjeros no reciben ningún TARV previo a su llegada al HPAS con una $p < 0.05$.

87.5% de ciudadanos nacionales y el 87.9% de extranjeros reciben como TARV actual el esquema basado en 2 ITIAN + ITINN con una $p < 0.05$.

86.4% de ecuatorianos y el 76.5% de extranjeros no tienen causa de cambio de esquema ARV ya que se mantienen con su primer esquema con una $p < 0.05$.

Datos mostrados en la Tabla 22.

Tabla 22 Características clínicas asociadas a la nacionalidad.

Variable	Condición	N=152 Nacionales (%)	N=141 Extranjeros (%)	p
Diagnóstico actual	Fase no sida	74 (48.6%)	94 (66.6%)	0,035
	Fase sida	78 (51.3%)	47 (33.3%)	
Diagnóstico	Tardío	16 (10.5%)	22 (15.6%)	<0,001
	Avanzado	76 (50.0%)	40 (28.3%)	
	Oportuno	35 (23.0%)	20 (14.1%)	
	No disponible	25 (16.4%)	59 (41.8%)	
Esquemas ARV previos	Uno	14 (9.2%)	30 (21.2%)	<0,001
	Dos	6 (3.9%)	2 (1.4%)	
	Tres	0 (0.0%)	1 (0.7%)	
	Ninguno	132 (86.8%)	108 (76.5%)	
Esquema ARV actual	2 ITIAN + ITINN	133(87.5%)	124 (87.9%)	<0,001
	2 ITIAN + INI	2 (1.3%)	4 (2.8%)	
	2 ITIAN + IP	11 (7.2%)	11 (7.8%)	
	INI + IP	5 (3.2%)	2 (1.4%)	

	INI + ITINN + IP	1 (0.6%)	0 (0.0%)	
Causa de cambio	Fallo virológico	12 (7.8%)	6 (4.2%)	<0,001
	Efectos adversos	5 (3.2%)	13 (9.2%)	
	Disponibilidad de medicamento	3 (1.9%)	12 (8.5%)	
	Transición a DTG/3TC	0 (0.0%)	2 (1.4%)	
	No aplica	132 (86.4%)	108 (76.5%)	

Fuente: Datos del estudio

Elaboración: Montalvo, A (2020)

3TC: Lamivudina; DTG: Dolutegravir; INI: Inhibidor de la Integrasa; IP: Inhibidor de la Proteasa; ITIAN: Inhibidor de la Transcriptasa Inversa análogo nucleósido; ITINN: Inhibidor de la Transcriptasa Inversa no análogo nucleósido.

Se correlacionó la clasificación CDC de la enfermedad con la nacionalidad de la población estudiada, sin embargo, no se encontró significancia estadística con una $p > 0.05$.

Datos detallados en la Tabla 23.

Tabla 23 Categoría CDC y nacionalidad.

Variable	Condición	N=152 Nacionales (%)	N=141 Extranjeros (%)	p
Categoría CDC	A	96 (63.1%)	101 (71.6%)	,504
	B	12 (7.8%)	11 (7.8%)	,992
	C	44 (28.9%)	29 (20.5%)	,523

Fuente: Datos del estudio

Elaboración: Montalvo, A (2020)

CDC: Centro para el Control y Prevención de Enfermedades

CAPÍTULO V

5.1. DISCUSIÓN

El objetivo del presente estudio fue determinar el impacto de la movilidad poblacional en el perfil clínico y epidemiológico de la infección por el VIH en el HPAS en el período 2017 – 2019, que en primera instancia se planteó trabajar con toda la muestra equivalente a 494 pacientes.

Sin embargo debido a que desde el 11 de marzo del 2020 la infección por SARS Cov2 se declara como pandemia, en nuestro país el HPAS fue declarado como hospital centinela de la ciudad de Quito para atender a la población afectada por COVID-19, lo que entre varias de las medidas tomadas se suspendió la consulta externa incluida la UAI, ante lo que las PVV únicamente acudieron al HPAS al retiro del TARV prescrito en su última consulta, donde se realizó la encuesta obteniendo un total de 293 pacientes.

5.1.1. ANÁLISIS UNIVARIAL

De 293 pacientes de nuestro estudio, el 90.4% fueron hombres, con una relación hombre/mujer total de 9.4:1; 6.6:1 en la población nacional y 16.6:1 en la población extranjera respectivamente, lo que no concuerda con las estadísticas mundiales que de 36.2 millones de PVV, 19.2 millones son mujeres con una relación hombre/mujer de 0.88:1, mostrando una feminización de la epidemia (UNAIDS, 2020).

En el presente estudio, esto es explicado por la gran cantidad de hombres HSH atendidos en la UAI del HPAS un grupo poblacional, donde la epidemia del VIH/sida se halla concentrada (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2017).

En Latinoamérica hasta los años 90 se mantuvo una tendencia en la que el sexo masculino ocupaba el mayor porcentaje de población infectada por VIH, desde entonces tras un mayor acceso a las pruebas diagnósticas la relación hombre/mujer se estima que en la actualidad es 2:1 (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2018).

En nuestro país en 2019 se estimó que la proporción hombre/mujer de la infección por VIH fue de 3:1, con una tendencia a la feminización de la epidemia a diferencia a comparación de años anteriores (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2020).

Varios estudios se han realizado en las PVV en la ciudad de Quito mostrando una relación hombre/mujer similar a la de América Latina y a la nacional, un estudio realizado en el HEG del sur de la ciudad de Quito en el año 2015, que evaluó el perfil nutricional en 337 PVV, mostró una relación hombre/mujer de 1.9:1 (Medina y Sandoval, 2016).

En 2018 un estudio realizado en el HEG y en el Hospital Gustavo Domínguez Zambrano (HGDZ) de Santo Domingo de los Tsáchilas que busco evaluar la consecución de segundo y tercer 90 según los objetivos de ONUSIDA para el 2020 en 512 PVV, la relación hombre/ mujer fue de 1.9:1 (Loor y Sánchez, 2018).

Un estudio realizado en el Hospital Carlos Andrade Marín (HCAM) de Quito en 2019, cuyo objetivo fue asociar la mortalidad de las PVV con el esquema ARV recibido, de un total de 401 participantes la relación hombre/mujer fue 9:1 (Betancourt, 2020). Pese a que estos datos son similares a los nuestros, se debe tomar en cuenta que mientras en la población ecuatoriana la relación hombre/mujer es 0.98:1, en las personas afiliadas al IESS la relación hombre/mujer es de 1.17:1 (Ferreira, García, Macías, Pérez, y Tomsich, 2013), lo que por un leve predominio masculino en la población asegurada y al ser una población diferente comparada con la de nuestro estudio, influiría en estos resultados.

En Venezuela de donde provienen la mayoría de PVV extranjeras atendidas en el HPAS se estima que la proporción hombre/mujer es 1:3 (Carvajal de Carvajal, Rísquez, Oletta López, y Godoy, 2019), datos no comparables a la estadística nacional y a los resultados del presente estudio.

Un estudio analítico descriptivo y comparativo entre migrantes y españoles en Catalunya mostró que de 9 829 casos de infección por VIH el 80.2% fueron hombres, con una relación hombre/mujer de 4:1,

de igual manera que en nuestro estudio debido al gran porcentaje de población HSH atendida (Reyes-Urueña et ál., 2017).

El mayor porcentaje de pacientes (62.5%) correspondían al rango etario de 25 a 39 años, seguidos del 22.9% de entre 40 a 64 años, indicando que la infección afecta principalmente a la población económica y sexualmente activa.

En América Latina la epidemia está concentrada en el rango de edad entre 15 a 49 años, las nuevas infecciones por VIH en población de 15 a 24 años representan un 20% (OPS y OMS, 2019).

En nuestro país, las estadísticas nacionales muestran que el rango etario de 15 a 49 años es donde la epidemia genera mayor impacto (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2020).

A nivel nacional nuestros resultados son similares a un estudio analítico transversal del 2018 llevado a cabo en el HEG y en el HGDZ donde de 584 PVV, 53.9% fueron individuos de 25 a 39 años (Loor y Sánchez, 2018).

A nivel internacional en Venezuela la infección por VIH predomina en el rango de edad de 15 a 35 años, afectando mayoritariamente a las edades entre 25 a 34 años con una prevalencia del 30% (Espina, Richard, y Navarro, 2017).

En Brasil un estudio analítico transversal que evaluó las características epidemiológicas de 221 PVV, mostró que 50.2% de la población estudiada correspondían al rango etario entre 30 a 49 años (De Pina-Araujo, Guimarães, Bello, Vicente, y Morgado, 2014).

Respecto a la orientación sexual, 56.0% se consideró HSH, identificándose como HSH 68% del total de extranjeros.

En Latinoamérica se estima que la prevalencia de VIH en la población HSH es del 12.6%, sumando un 44% del total de nuevas infecciones en la región (UNAIDS, 2020).

La prevalencia de infección por VIH concentrada en la población HSH en América Latina, fuera del comercio sexual común en esta subpoblación, esto es debido al estigma que aún existe hacia los hombres HSH, que los orilla a mantener su vida sexual de manera clandestina, que imposibilita el uso correcto de medidas preventivas haciéndolos propensos a adquirir ETS y VIH (Posada Zapata y Agudelo Olarte, 2019).

En el Ecuador la epidemia de VIH es de baja prevalencia (0.43%), concentrada en grupos de riesgo tales como: HSH (11%), trabajadoras sexuales (3.2%), PPL (1.4%) y transexuales (31.9%), grupos poblacionales clave y vulnerables (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2017).

A nivel nacional en 2019 se reportó que en Ecuador existen alrededor de 47 400 HSH, con una prevalencia de infección por VIH del 16.5% (UNAIDS, 2019).

En Venezuela se estima que la población HSH estimada es de 210 800 individuos con una prevalencia de infección por VIH del 22.3% (UNAIDS, 2019).

Nuestros resultados son comparables a un estudio observacional descriptivo colombiano del 2018, cuyo objetivo fue conocer los factores demográficos y características asociadas a la infección por VIH de 217 PVV, donde 51.2% se consideraron HSH (Cardona Garzón, Correa Torres, López Mendoza, y Berbesi Fernandez, 2018).

El 74.4% de nuestra población fue soltera y el 11.6% vivía en unión libre, en parte explicado a que la mayoría de nuestros participantes se consideró HSH, y en nuestro país al igual que en otros como Venezuela no está legalizado el matrimonio entre personas del mismo género, sin embargo, casos aislados de matrimonios entre la población HSH se observaron en la población internacional.

Estos resultados son comparables a un estudio observacional de corte transversal español del 2019 que evaluó el perfil epidemiológico de 374 PVV, donde 80.0% de ellos fueron solteros (Pérez, Campos, Sánchez, y Montoro, 2019).

45.4% de la población estudiada tenía un nivel de instrucción superior y un 41.0% un nivel de instrucción secundario, lo que a su vez no se correlaciona a que sí el grupo etario de 5 a 14 años recibe una adecuada educación mejora su nivel de comprensión sobre métodos preventivos contra la infección por VIH (Kim, 2012).

En Quito, en el HEG un estudio observacional descriptivo del 2019 el cual evaluó los niveles de resiliencia en 170 PVV mostró que el 43.2% tenían estudios secundarios (Morocho, 2019), resultados no comparables a nuestro estudio.

Un estudio observacional transversal y descriptivo peruano, evaluó el perfil clínico epidemiológico de las PVV recibiendo TARV, y mostró que 44.92% del total de su población tenían estudios secundarios y 28.99% estudios superiores universitarios (Alejandra Melissa Bonilla-Ruiz y Pierina Vilcapoma-Balbín, 2013), resultados no comparables a nuestro estudio.

86.3% de nuestra población no tenían ningún seguro de salud, lo que explica el por qué los mismos se atienden en el HPAS, una unidad del MSP sin fines de lucro en atención sanitaria, datos que van de la mano con el ingreso económico mensual, donde 74.4% refieren tener un ingreso económico menor a la canasta básica (\$ 716.14).

Estos resultados son similares a un estudio transversal brasileño que evaluó la calidad de vida de las PVV, donde el 50% de los participantes tenían ingresos mensuales iguales o menores a \$ 600 dólares (Hipolito et ál., 2017).

46.8% de la población estudiada refirió encontrarse en situación de desempleo, datos explicados en parte por la emergencia sanitaria a nivel mundial que estamos cursando por la COVID – 19, misma que ha disminuido las fuentes de trabajo y por el estigma que aún existe hacia las PVV, ya que ellos admiten que sí la población en general conoce su condición serológica, los mismos presentarán reacciones opuestas y discriminatorias hacia ellos y esto a larga los orillará al desempleo (Steenberg, 2020).

A nivel internacional, estos resultados no son comparables a un estudio colombiano observacional descriptivo de corte transversal del 2018 que evaluó el perfil sociodemográfico de 217 PVV donde el 20% de los participantes se encontraban desempleados (Cardona Garzón et ál., 2018).

Un estudio transversal español del 2019, que evaluó la socio demografía de 374 PVV, mostró que 14.5% de los participantes se encontraban en situación de desempleo (Pérez et ál., 2019), datos no comparables a nuestro estudio.

65.4% de la población estudiada recibía apoyo económico por sus padres u otro familiar, en este ámbito se ha descrito que un adecuado entorno y apoyo familiar ayuda a afrontar el estigma generado por el VIH y mejora la adherencia al TARV (Yeon Jung Yu, Xiaoming Li, Shan Qiao, 2017).

A nivel nacional e internacional no disponemos de suficiente bibliografía que aborde este tema, nuestros resultados se asemejan a un estudio mexicano que estudió las redes de apoyo en las PVV, en el que se realizaron cuatro entrevistas tanto a la población PVV como a sus familiares, y se concluyó que el 64.7% tenían algún tipo de apoyo familiar (Vera Pérez y Estrada Aguilera, 2005), resultados similares al presente estudio.

El consumo de drogas como tabaco, alcohol o drogas intravenosas, está asociado a un aumento de adquirir la infección por el VIH y a pérdidas en el seguimiento de las PVV (De Boni et al., 2018), sin embargo, en nuestro estudio 85.3% refirió no consumir ningún tipo de droga.

En América Latina existen alrededor de 4.5 millones de usuarios de drogas ilícitas, el uso de drogas inyectables es bastante bajo a comparación con otras regiones (Alam y Sawhney, 2019).

En la región se estima que la prevalencia de la infección por VIH en los usuarios de drogas intravenosas es del 3.6%, y los mismos corresponden al 3% de nuevas infecciones (ONUSIDA, 2019).

En nuestro país hay un predominio de consumo de drogas ilegales en productos como: LSD y drogas inhaladas en un 2.3% y 2.1% respectivamente (Hölge, 2017), sin embargo el uso de drogas en general es de baja prevalencia al igual que en América Latina de manera similar a la infección por VIH, misma que muestra una prevalencia menor al 1% en Ecuador.

En Venezuela el consumo de sustancias ilícitas en las PVV, está presente en hasta un 6% (Carvajal de Carvajal et ál., 2019).

Datos similares a los nuestros, se observó en un estudio transversal observacional español, que describió las características clínico epidemiológicas y prevalencia de ETS en 374 PVV de Granada, el cual reportó que 70.1% del total de sus participantes no consumían drogas (Pérez et ál., 2019).

76.8% de nuestra población indicó residir en domicilio arrendado, esto debido en parte al porcentaje amplio de extranjeros ya comentado previamente, mismos que al encontrarse en situación de movilidad humana no cuentan con domicilio propio y a las condiciones sociodemográficas de desempleo e ingresos económicos mensuales inferiores a la canasta básica comentadas previamente.

Con respecto a vivienda no existen muchos estudios que estudien la misma en las PVV a nivel nacional e internacional.

Un estudio colombiano de cohortes, retrospectivo y comparativo que abarcó a la población nacional y extranjera y evaluó el perfil clínico-epidemiológico de 380 PVV, concluyó que 41.8% vivían en domicilio arrendado y condiciones de indigencia (Vera Méndez, 2008).

75.8% de las PVV fueron diagnosticadas en el Ecuador, esto debido a las políticas del MSP que contemplan tamizaje de la infección por VIH en personas con conductas de riesgo y alta prevalencia en el primer nivel de atención, que es de donde llegan transferidos la mayoría de PVV (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2017).

De igual manera estos resultados van de la mano con el gran porcentaje de población extranjera atendida en el HPAS, ya que 50.3% de esta población fue diagnosticada de la enfermedad en Ecuador, esto debido a las políticas nacionales de solidaridad a la población en situación de movilidad humana impulsadas por la OMS, el Proceso Quito y a instituciones nacionales como Kimirina que tras diagnosticar de Infección por VIH a la población extranjera la remiten a una casa de salud especializada en su manejo como el HPAS.

Estos resultados aseveran lo expuesto en un estudio transversal estadounidense en el que se evaluó las cadenas de transmisión del VIH en las PVV latinas, el cual reportó que de 147 PVV migrantes latinos, 73% fueron diagnosticados en unidades de salud de Carolina del Norte, concluyendo que la mayor parte de las PVV migrantes tienen una adquisición local de la infección o en el transcurso de la misma (Dennis et ál., 2015).

51.9% de las PVV de nuestro estudio fueron ecuatorianos y el 48% extranjeros de los cuales el 39.9% fueron venezolanos, esto también lo destaca el INEC que los ciudadanos extranjeros de nacionalidad venezolana son los que más entran y salen de nuestro país (INEC, 2020), debido a la crisis económica suscitada en Venezuela que ha obligado a la migración forzada de su población (Santisteban, 2019).

Estos datos no son comparables a un estudio analítico retrospectivo chileno que evaluó las características clínico epidemiológicos de los migrantes latinos infectados por VIH, el cual mostró que de 342 PVV enrolados en el estudio, 50.8% fueron ciudadanos extranjeros y 49.1% ciudadanos nacionales (Rodríguez et ál., 2015).

51.2% de nuestra población refirió vivir en Ecuador toda su vida seguido de un 44.0% que residía en Ecuador más de un año, por otra parte 51.2% de la población cambió de residencia y un 48.8% no lo hizo, estos porcentajes reflejan a la población nacional y extranjera en conjunto. Hubo cambios de

residencia en la población nacional en casos aislados de compatriotas que residían en el extranjero y regresaron a establecerse de nuevo en nuestro país.

A nivel internacional nuestros resultados no son comparables a un estudio transversal europeo que evaluó el acceso al TARV en 2 093 PVV migrantes, de los cuales el 13.4% refirió residir en Alemania en un intervalo de tiempo entre 1 a 5 años (Fakoya et ál., 2018).

89.4% de nuestra población entre ecuatorianos y extranjeros refirieron tener un plan de permanencia indefinida en Ecuador, esto debido a que el total de la población autóctona no tiene planes de salir del país y el 78.0% de los ciudadanos extranjeros debido a las políticas nacionales de acogida y a la equidad en el acceso a los servicios sanitarios desean permanecer en nuestro país y controlar de mejor manera su enfermedad.

81.2% de nuestra población fue diagnosticada de infección por VIH entre 2014 a 2019, este hecho debido a la reciente apertura de la UAI para PVV en el HPAS, que contrasta con este resultado.

En América Latina los nuevos casos de infección por VIH, han aumentado en un 21% desde el 2010 (UNAIDS, 2020).

En Ecuador en el período entre 2009 a 2019 se notificaron el 80% del total de nuevas infecciones desde 1984 (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2020)..

En Venezuela a partir del 2010, los nuevos casos de infección por VIH han disminuido en -30% (UNAIDS, 2019).

A nivel internacional un estudio descriptivo retrospectivo transversal mexicano del 2016, que evaluó el perfil epidemiológico de 151 PVV diagnosticados desde 1975 a 2016, mostró que el 60% de ellos fueron diagnosticados de infección por VIH entre el 2011 y el 2015 (Noris et ál., 2018), mismo que es

comparable a la estadística regional y nacional donde a partir del 2010 los nuevos de infección por VIH han aumentado.

Es así que el gran porcentaje de nuevos diagnósticos en los últimos 5 años, observados en nuestro estudio son gracias a las políticas de fortalecimiento de tamizaje de la infección en el primer nivel de atención ya comentadas, al impulso del Proceso Quito que con el apoyo de ONUSIDA estableció el acceso equitativo a los servicios sanitarios a la población venezolana en movilidad humana, que de la mano de instituciones como Kimirina transfieren al HPAS los nuevos casos de VIH, que está al estar ubicada en el sector de la Mariscal Foch juega un papel crucial en los nuevos diagnósticos, por ser un lugar donde la mayoría de población HSH se halla laborando y/o residiendo.

57.3% de las PVV estudiadas se encontraban en Fase no sida de la infección, este es un fenómeno llamativo en nuestra población, ya que estudios a nivel nacional e internacional muestran que la mayoría de las PVV se encuentran en fase sida de la enfermedad, sin embargo vale la pena aclarar que algunos pacientes tanto nacionales como extranjeros acudieron al HPAS ya diagnosticados de la infección, desconociendo si hubieron eventos definitorios de sida adicionales a los reportados y/o niveles de linfocitos CD4+ menores a 200 células/mm³ que los clasifique como fase sida.

En la ciudad de Guayaquil un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo del 2020, que evaluó la prevalencia de infecciones oportunistas en las PVV, concluyó que de 143 PVV, 85.3% se encontraban en Fase sida de la enfermedad (Morey León et ál., 2020), datos no comparables a nuestro estudio.

A nivel internacional los resultados presentados, son comparables a los mostrados en un estudio descriptivo retrospectivo realizado en Chile que evaluó las características clínico-epidemiológicas en la población migrante y chilena, en el que de 342 PVV 55.8%, se encontraban en Fase no sida de la infección por VIH (Rodríguez et ál., 2015).

39.5% de la población estudiada, tuvo un diagnóstico tardío con enfermedad avanzada.

En Latinoamérica 29% de las nuevas infecciones por VIH del 2019 fueron con un nivel de linfocitos CD4+ menores a 200 células/mm³ (OPS y OMS, 2020).

En nuestro país en 2019, 29% de los nuevos diagnósticos correspondieron a conteos de linfocitos CD4+ menores a 200 células/mm³ (UNAIDS, 2019).

En Venezuela, el 10% de los nuevos diagnósticos de infección por VIH en 2019, correspondieron a un valor menor a 200 células/mm³ de linfocitos CD4+ séricos (UNAIDS, 2019).

En Ecuador, un estudio observacional transversal descriptivo realizado en Morona Santiago que estudió el perfil epidemiológico de 134 PVV, mostró que 38.0% de sus participantes tuvieron un diagnóstico tardío de la enfermedad con linfocitos CD4+ inferiores a 200 células/mm³ (Palacios, Pozo, y Torres, 2020), datos similares a nuestro estudio.

A nivel internacional nuestros resultados, no son comparables a un estudio observacional descriptivo australiano que evaluó el tratamiento y la mortalidad en la población migrante y comparó a 8 340 PVV australianos y migrantes, de los cuales 20.2% tuvieron un diagnóstico tardío con enfermedad avanzada; debatiendo que sí sus resultados se deben a que menos PVV están migrando o sí el personal sanitario reconoce a la población procedente de países de alta prevalencia que lleve a que cada vez menos PVV tenga un diagnóstico tardío (Marukutira et ál., 2019).

81.9% de las PVV atendidas en el HPAS no cambiaron de TARV, esto se explica debido a que el mismo porcentaje de pacientes estudiados se encuentran recibiendo su primer esquema ARV y como se mencionó antes el 65.4% del total de pacientes recibían apoyo por familiares y amigos, lo que corrobora una vez más que cuando se tiene apoyo familiar hay mayor adherencia al TARV (Vera Pérez y Estrada Aguilera, 2005).

A nivel internacional un estudio observacional transversal y descriptivo peruano que evaluó el perfil clínico-epidemiológico de las PVV, mostró que 53.62% de los participantes cambió de esquema ARV y de ellos el 37.84% lo hizo por efectos adversos a los ARV (Alejandra Melissa Bonilla-Ruiz y Pierina Vilcapoma-Balbín, 2013).

76.8% de la población PVV estudiada acudió al HPAS transferida de otra unidad de salud y para continuar el TARV como causa de primera consulta, esto se explica debido a que el HPAS es una unidad de segundo nivel del Norte de la ciudad de Quito que cuenta con una UAI para PVV, a donde se refieren las PVV de niveles de atención de menor complejidad para inicio o para continuar el TARV en pacientes ya diagnosticados.

Estos resultados son comparables a un estudio analítico transversal español del 2019, que evaluó el perfil sociodemográfico de 374 PVV, y el mismo mostró que 79.7% del total de participantes acudieron como causa de primera consulta en búsqueda de tratamiento para la infección por VIH y al control de la misma (Pérez et al., 2019).

87.7% de las PVV del HPAS recibían como TARV el esquema basado en 2 ITIAN + ITINN, esto debido a que la UAI del HPAS inició su atención a finales del 2017 y en ese entonces se mantenía vigente este esquema como primera línea de TARV según la GPC del 2013 (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2013), sin embargo en el 2019 tras conocer los potenciales beneficios de un esquema ARV basado en DTG, se indica como TARV de elección el basado en 2 ITIAN + INI, indicando que desde enero del 2020 los nuevos casos de infección por VIH deben ser manejados con el esquema TDF 3TC + DTG (MSP, 2019).

A nivel nacional estos resultados son comparables a un estudio observacional analítico llevado a cabo en el HCAM de Quito en el 2019, que evaluó la mortalidad según el esquema ARV recibido en 401 PVV, de los cuales 81.3% recibían un esquema ARV basado en 2 ITIAN + ITINN (Betancourt, 2020).

En Venezuela un estudio descriptivo retrospectivo del 2017 que evaluó la morbimortalidad asociada al fallo ARV, mostró que 27.2% de sus participantes tomaba un esquema ARV basado en 2 ITIAN + ITINN (Monsalve-Arteaga, Drummond, Faneite, Carballo, y Landaeta, 2017)., resultados no comparables a nuestro estudio.

Un estudio observacional descriptivo de corte transversal colombiano del 2019, reportó que el 45.3% de su población recibía un esquema ARV basado en 2 ITIANN + ITINN y el 41.9% uno basado en 2 ITIANN + INI (Figueroa, Cabrera, Zapata, y Donado, 2019), resultados comparables a nuestro estudio.

El 78.2% de nuestra población presentó una carga viral menor a 50 copias/mm³.

En América Latina para el 2019 se estima que el 88% de la PVV tienen una CV suprimida (UNAIDS, 2020).

En Ecuador se estima que de las PVV que tiene acceso a TARV, 82% tenían CV suprimida en 2019 (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2020).

En Venezuela se estima que solo el 7% de las PVV que acceden al TARV, tienen una CV suprimida (Carvajal de Carvajal et ál., 2019).

En el HEG y HGDZ el estudio analítico transversal del 2018 ya citado previamente, que evaluó la proporción de PVV que reciben TARV y la proporción de PVV con TARV y CV suprimida, mostró que de 512 participantes en el estudio, 79.5% tuvieron una carga viral suprimida (Loor y Sánchez, 2018).

A nivel internacional estos resultados son comparables a un estudio de cohortes retrospectivo realizado en Australia, que evaluó el acceso al TARV y la mortalidad en las PVV autóctonas y extranjeras, y mostró que de 652 participantes, 93% tenían CV suprimida (Marukutira et ál., 2019).

El 51.5% tenían un conteo de linfocitos CD4+ séricos entre 200 a 499 células/mm³, lo que en parte explicaría el por qué la mayoría de pacientes se encuentra en la subcategoría 2 de la clasificación CDC.

En nuestro país un estudio analítico observacional realizado en el HEE en 2016 que evaluó hipogonadismo en 149 PVV, mostró que 79% de los participantes tenían un nivel de linfocitos CD4+ mayores a 200 células/mm³ (Rodríguez, 2016).

A nivel internacional estos resultados son comparables a un estudio prospectivo multicéntrico observacional italiano que evaluó la transmisión del VIH en 3 499 PVV, donde el 42.4% tenían niveles de CD4+ entre 200 y 500 células/mm³ (Fabeni et ál., 2020).

49.1% de la población estudiada no tenía ninguna enfermedad relacionada al VIH, el 21.5% presentó ETS con enfermedad relacionada, las mismas que se consideran como factor de riesgo para adquirir la infección por VIH (Andagoya Murillo et ál., 2019).

A nivel nacional nuestros resultados son comparables a un estudio descriptivo transversal realizado en la Amazonía Ecuatoriana en 2020, que evaluó el perfil epidemiológico de 134 PVV, y mostró que 82.9% de esa población no tenían ninguna infección oportunista y 11.2% tuvieron ETS como enfermedad relacionada al VIH (Palacios et ál., 2020).

A nivel internacional en España un estudio analítico transversal del 2019, reportó que de 374 PVV estudiados 70% tuvieron ETS, siendo la más prevalente la infección por Virus de Papiloma Humano (Pérez et ál., 2019).

Con respecto al estadio CDC de la enfermedad, 67.5% de la población estudiada se encontraba en estadio A, de los cuales el 35.1% se encontraban en el estadio A2.

A nivel nacional nuestros resultados son comparables a un estudio analítico transversal realizado en el HEG que evaluó el perfil nutricional de 337 PVV, donde 55.5% de la población se encontraba en estadio A y de ellos el 26.7% se encontraban en estadio A2 (Medina y Sandoval, 2016).

A nivel internacional este resultado es comparable a un estudio descriptivo retrospectivo chileno que evaluó el perfil clínico epidemiológico de 342 PVV, donde 44.1% de sus participantes se encontraban en estadio A (Rodríguez et ál., 2015).

5.1.2. ANALISIS BIVARIAL

Dentro del análisis comparativo entre nacionalidad y variables sociodemográficas, se encontró que el 55.2% de los ciudadanos nacionales y el 70.2% de los extranjeros tenían un rango etario de 25 a 39 años con un valor de $p < 0.05$ ($p = 0.003$), lo que como se mencionó antes muestra un claro predominio de la enfermedad por la población económica y sexualmente activa, y con respecto a la población extranjera datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) del Ecuador indican que los ciudadanos extranjeros que más ingresan y salen del país son aquellos cuya edad está comprendida entre 18 y 29 años (INEC, 2020).

Al enfocarnos por nacionalidad basados en la gran cantidad de ciudadanos venezolanos atendidos en el HPAS, datos del 2020 indican que el perfil etario de venezolanos que ingresan a la región andina: Colombia, Perú y Ecuador es la de 18 a 42 años (Abuelafia, 2020).

Estos resultados son comparables a un estudio analítico comparativo español donde de un total de 9 829 participantes el 58.9% de PVV españolas y el 75.3% de extranjeras correspondían al rango etario de 20 a 39 años con un valor de $p < 0.001$ (Reyes-Urueña et ál., 2017).

44.7% de los ecuatorianos y 68.0% de extranjeros se consideraron HSH como orientación sexual ($p = 0.001$), esto va de la mano con que en Latinoamérica se ha demostrado que la población masculina

con VIH es la que presenta una mayor tasa de migración, de los cuales la mayor tasa de transmisibilidad del VIH se da en la subpoblación HSH menor a 30 años (Dennis et ál., 2015).

Siendo así la orientación sexual un factor desencadenante de los movimientos migratorios, al huir de localidades con altas tasas de discriminación, siendo el migrante en estas condiciones propenso al contagio de ETS y VIH por mantener relaciones sexuales a cambio de dinero u hospedaje (Laat y Caeiro, 2012).

Este resultado es comparable a un estudio descriptivo, retrospectivo chileno en el que de 342 PVV, el 62.1% de extranjeros y el 72.4% de chilenos fueron HSH con un valor de $p < 0.0055$ (Rodríguez et ál., 2015).

71.7% de la población nacional y 77.3% de la población extranjera eran solteros ($p < 0.001$), esto enfocado a migración ONUSIDA reporta que en Estados Unidos, el 80% a 90% de los migrantes varones son solteros de 15 a 34 años y en Asia la migración de solteros es predominantemente masculina (OIM, 2002), encuestas realizadas a venezolanos en Ecuador en 2019 muestran que el 61.2% de ellos son solteros (OIM, 2019).

Estos resultados son comparables a un estudio de cohortes descriptivo y comparativo colombiano en el que de 380 PVV, el 45% de colombianos y el 58% de los ciudadanos extranjeros era solteros con un valor de p de 0.007 (Vera Méndez, 2008).

El 49.3% de los ciudadanos nacionales tenían un nivel de instrucción secundario y el 56.0% de los extranjeros con VIH tenían un nivel de instrucción superior ($p < 0.001$), esto demuestra que los ciudadanos con un mayor nivel de instrucción son los que más emigran bien tanto en busca de mejores condiciones de vida así como en búsqueda de TARV para el control de su enfermedad, encuestas realizadas en 2019 a ciudadanos venezolanos entre 18 a 45 años mostraron que 57.2% poseían un nivel de escolaridad secundario y 21.2% estudios de tercer nivel (OIM, 2019).

Un estudio analítico realizado en nuestro país en 2019 en el que se encuestó a 2 938 extranjeros en la ciudad de Quito mostró que entre el 17.1 % al 38% contaban con estudios universitarios (Célleri, 2019) de esta manera al ingresar a nuestro país individuos con un nivel educacional superior y experiencia la población autóctona se ve afectada a corto y a largo plazo en lo que respecta a fuentes de empleo (Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento, 2020).

A nivel internacional estos resultados no son comparables a un estudio analítico, descriptivo y comparativo español que mostró que de un total de 4194 PVV, 29.0% de la población autóctona tenían un nivel de instrucción básico y 31.2% de los extranjeros tenían educación secundaria con un valor de $p < 0.001$ (Reyes-Urueña et ál., 2017).

55.9% de la población nacional y 99.2% de extranjeros residían en vivienda arrendada con una $p < 0.001$, como vemos casi la totalidad de la población migrante no tiene domicilio propio debido a sus condiciones de movilidad humana, en 2019 se reportó que el 92.4% de venezolanos residentes en Ecuador residen en vivienda arrendada (OIM, 2019).

A nivel internacional nuestros resultados no son comparables a un estudio de cohortes, descriptivo y comparativo colombiano en el que de un total de 380 PVV, 54% ciudadanos nativos vivían en un domicilio familiar propio y el 52.6% de extranjeros vivían solos en domicilio arrendado con una $p = 0.001$ (Vera Méndez, 2008).

75.6% de los ciudadanos nacionales y 54.6% de los extranjeros tenían apoyo económico por parte de sus padres y allegados con una $p < 0.001$, siendo un adecuado entorno familiar un factor protector frente a la infección por VIH y aceptación de la misma (OIM, 2005), resultados que se corroboraron en el presente estudio ya que la mayoría de nuestros participantes tenían una CV menor a 50 copias/mm³ y no habían cambiado de esquema ARV.

64.5% de los extranjeros se encontraban laborando, a comparación del 57,2% de ciudadanos nacionales que no poseían empleo con una $p=0.012$, mostrando así que pese a los efectos de pandemia por COVID-19 la mayoría de extranjeros poseen empleo, en México y América Central de 3 264 migrantes con VIH cuyo destino final fue Estados Unidos, el 9.3% se encontraban en condiciones de desempleo (Leyva-Flores, Aracena-Genao, y Serván-Mori, 2014), siendo así el desempleo un factor subyacente que impulsa a la movilidad (OIM, 2019).

Al comparar la población nacional con la extranjera, los ecuatorianos tiene mayores tasas de desempleo mostrando así nuevamente que, la mayoría de la población extranjera al poseer niveles de instrucción más alto obtienen empleo más fácilmente a comparación de los ecuatorianos (Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento, 2020).

Resultados no comparables a los mostrados en un estudio de cohortes multicéntrico retrospectivo español donde de 1090 PVV, 64.7% de ciudadanos migrantes y 61.9% de españoles tenían empleo con una $p=0.002$ (A. Perez-Molina et ál., 2010).

99.3% de ecuatorianos y 50.3% de extranjeros fueron diagnosticadas de infección por VIH en el Ecuador con una $p<0.001$, esto sumado a que el 50% de las PVV atendidas en el HPAS son extranjeras, afirma el enunciado que aunque la mayoría de latinos emigra ya con la infección por VIH, un gran porcentaje la adquiere en el transcurso de la migración o a su llegada al país de destino (Dennis et ál., 2015).

En cuanto a la correlación de las características de movilidad y nacionalidad el 98.6% de los ciudadanos nacionales refirieron vivir en Ecuador toda su vida y el 90.7% de los extranjeros vivían en Ecuador más de un año con una $p<0.001$, 94.0% de la población nacional no cambió de residencia y 100% de la población extranjera sí lo hizo con un valor de $p<0.001$.

Basándonos en la población Venezolana que suma la mayoría de atenciones a ciudadanos extranjeros en el HPAS, la crisis sanitaria suscitada en ese país data desde el 2010 y es en 2017 cuando tras un desabastecimiento de casi el 100% de ARV se intensifica la migración de PVV venezolanas (Santisteban, 2019).

Resultados que van de la mano con las estadísticas nacionales que en términos de movilidad humana, marcan a Venezuela como la principal nacionalidad que ingresa al Ecuador desde el 2018 lo que corrobora los datos encontrados en el presente estudio (INEC, 2019).

100% de la población nacional y 78.0% de la población extranjera tienen un plan de permanencia indefinido en nuestro país con una $p < 0.001$, enfocándonos en la población extranjera y netamente en la Venezolana los resultados mostrados coinciden con el enunciado de que si bien Ecuador en un inicio fue una ruta de paso para la población venezolana hacia países de Sur como Chile y Argentina, desde el 2015 la mayoría de venezolanos han optado un plan de permanencia indefinido en Ecuador (Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento, 2020).

En la correlación de las características clínicas y nacionalidad se mostró que 51.3% de los ciudadanos nacionales se encontraban en fase sida de la enfermedad a comparación de los ciudadanos extranjeros donde el 66.6% se encontraban en fase no sida, con una $p = 0.035$.

Estos resultados nos muestran que pese a las condiciones desfavorables de la población extranjera con respecto al acceso al TARV, gran parte de los mismos no han progresado a la fase sida de la enfermedad a comparación de la población nacional.

50.0% de la población nacional tuvo un diagnóstico tardío con enfermedad avanzada de la enfermedad y del 41.8% de ciudadanos extranjeros no disponemos del conteo inicial de CD4+ para conocer si fue un diagnóstico tardío u oportuno con una $p < 0.001$, esto debido a que este número de

pacientes acudió al HPAS ya diagnosticados de infección por VIH en su país de procedencia o en otra unidad de salud nacional.

Estos resultados van de la mano con el infradiagnóstico existente hasta la actualidad mismo que eleva las tasas de transmisión en 3.5 veces en comparación con los ya diagnosticados (Moreno et ál., 2018), siendo factores influyentes en el diagnóstico tardío: oferta del test diagnóstico, conocimiento erróneo del VIH, nivel de instrucción bajo y una edad superior a 44 años (Quiroga, Castro, Illanes, y Mildreth, 2016).

En América Latina se estima que del 38% al 45% de PVV se diagnostican con una cifra de linfocitos CD4+ inferiores a 200 células/mm³ (Crabtree-Ramírez et ál., 2011).

A nivel internacional un estudio de cohortes retrospectivo australiano que incluyó 4 042 PVV mostró que el 51% de ciudadanos australianos y el 53% de migrantes tenían un nivel de CD4+ menor a 200 células/mm³ al diagnóstico con una $p=0.14$, resultados no comparables a nuestros resultados (Marukutira et ál., 2019).

86.8% de los ecuatorianos y 76.5% de los extranjeros no recibió ningún TARV previo al actual a su llegada al HPAS con un $p<0.001$, esto contrasta con el resultado de que el 87.5% y el 87.9% de los ciudadanos nacionales y extranjeros respectivamente recibían como TARV actual el esquema basado en 2 ITIAN + ITINN con una $p<0.001$, que como se mencionó antes este esquema se ha mantenido tanto en ciudadanos extranjeros como nacionales previo a la GPC para PVV ecuatoriana del 2019, donde se recomienda a los nuevos diagnósticos el manejo con 2 ITIAN + INI (MSP, 2019).

En Venezuela también este fue el esquema ARV de elección en 2014 en Venezuela, previo a las modificaciones del 2018 (Ministerio del Poder Popular para la Salud, 2014).

A nivel internacional estos resultados son comparables a los mostrados en un estudio transversal retrospectivo australiano que incluyó a 4 042 PVV de los cuales el 49% de los ciudadanos australianos y el 53% de los extranjeros recibían un régimen ARV basado en un ITINN con una $p=0.04$ (Marukutira et ál., 2019).

86.8% de ecuatorianos y el 76.5% de extranjeros no ameritó un cambio de esquema ARV con una $p<0.001$, como ya se mencionó en los párrafos previos la mayoría no recibió ningún ARV previo al actual y se encuentran en su primer régimen ARV.

5.2. CONCLUSIONES

La población estudiada se caracterizó por ser predominantemente masculina con una relación hombre mujer de 9.4:1, la infección por VIH estuvo concentrada en el grupo etario comprendido entre 25 a 39 años, población laboral y sexualmente activa.

La mayoría de los participantes se consideraron HSH como orientación sexual subpoblación donde la epidemia del VIH/sida se encuentra concentrada en nuestro país.

La mayoría fueron solteros con respecto a su estado civil, el mayor número de ciudadanos extranjeros tenían un nivel de instrucción superior a comparación de los ecuatorianos que la mayoría alcanzaron el segundo nivel de instrucción.

En el marco socioeconómico, el mayor porcentaje de la población tenía un ingreso económico mensual inferior a la canasta básica y vivían en domicilio arrendado.

El mayor porcentaje de ciudadanos extranjeros tenían un empleo a comparación de la población nacional que la mayoría se encontraba desempleada, sin embargo, la mayoría refirió tener apoyo económico por sus padres y allegados y finalmente la mayoría de pacientes no tenían ningún seguro de salud por sus condiciones de desempleo y bajos recursos económicos.

Con respecto al abuso de sustancias ilícitas la mayoría negó su consumo, así como de tabaco y alcohol.

En relación a la nacionalidad y movilidad humana la mayoría fueron ecuatorianos seguidos de un amplio porcentaje de extranjeros de los cuales el mayor número fueron venezolanos y residían en Ecuador más de un año y tenían un plan de permanencia indefinido.

Casi la totalidad de la población ecuatoriana y gran parte de la extranjera fue diagnosticada de infección por VIH en Ecuador en el período 2014 a 2019 quienes se diagnosticaron tardíamente con un nivel de CD4+ < 200 células/mm³ y acudieron transferidos al HPAS para inicio del TARV o para continuar el mismo, la mayoría se encontraban tomando su primer esquema ARV basado en 2 ITIAN + ITINN en su mayor cuantía.

En relación al control de la enfermedad la mayoría de la población se encontraba en Fase no sida de la enfermedad, con un valor de CV menor a 50 copias/mm³, un nivel de CD4+ entre 200 a 500 células/mm³, sin ninguna enfermedad relacionada al VIH, finalmente con un estadio CDC A2 de la enfermedad al momento del estudio.

5.3. RECOMENDACIONES

Se recomienda partiendo del presente estudio, realizar futuras investigaciones que evalúen la discriminación hacia las PVV, ya que este es un objetivo de ONUSIDA para el 2030, cero muertes relacionadas al sida, cero nuevas infecciones y cero discriminaciones.

Realizar estudios que investiguen la tasa de adherencia de las PVV al TARV, para así conocer los posibles factores de riesgo implicados.

Mantener la vigilancia activa de la población en situación de movilidad humana, desde la partida del país de origen hasta la reinserción en el mismo, con un acceso equitativo a la atención sanitaria, ya que así se evitarían mayores de tasas de abandono y resistencia a los ARV.

Realizar pesquisa de hábitos tóxicos al dar seguimiento a las PVV como: alcohol y drogas ilegales, ya que sí bien en nuestro estudio la mayoría no consumía ningún tipo de droga, estos hábitos están asociados a pérdidas en el seguimiento en la PVV.

5.4 LIMITACIONES

La recolección de datos estuvo limitada por efectos de la pandemia por la COVID-19 por lo que no trabajar con la población total como se planificó en un inicio, ya que algunos pacientes no acudieron al retiro de su TARV y en otros casos enviaban a sus familiares y amigos al retiro del mismo.

No disponer del conteo de linfocitos CD4+ al diagnóstico de algunos pacientes ya que algunos pacientes acudieron al HPAS ya diagnosticados de infección por VIH en el extranjero o en otra unidad de salud distinta al HPAS, y esto dificultó un adecuado estadiaje de la enfermedad según el CDC.

No evaluar adherencia al TARV esto debido a que este no fue uno de los objetivos planteados, por lo que se sugiere en estudios futuros tomar en cuenta esta variable.

No evaluar el apoyo sentimental de las PVV, ya que al ser un grupo estigmatizado ocultan su condición serológica, siendo primordial las redes de apoyo para una adecuada adherencia al TARV y al control de la misma.

No evaluar la profesión de las PVV, ya que esto en el caso de la población extranjera nos hubiese ayudado a conocer el motivo de salida del país natal, su ocupación actual y de esta manera conocer si la misma esta inmiscuida en redes de transmisión del VIH/sida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- A. Perez-Molina, J., Mora Rillo, M., Suarez-Lozano, I., L. Casado Osorio, J., Teira Cobo, R., Rivas Gonzalez, P., ... Gonzalez-Garcia, J. (2010). Do HIV-Infected Immigrants Initiating HAART have Poorer Treatment-Related Outcomes than Autochthonous Patients in Spain? Results of the GESIDA 5808 Study. *Current HIV Research*, 8(7), 521–530. <https://doi.org/10.2174/157016210793499178>
- Abuelafia, E. (2020). Migración en la región andina: Impacto de la crisis y expectativas en el mediano plazo. *Banco Interamericano de Desarrollo*, 0(0), 1–17. Retrieved from <https://publications.iadb.org/es/migracion-en-la-region-andina-impacto-de-la-crisis-y-expectativas-en-el-mediano-plazo>
- Alam, M., & Sawhney, P. (2019). Regional Overview 2.5 Latin America. In *Springer Climate*. https://doi.org/10.1007/978-3-319-99347-8_3
- Alarid-Escudero, F., Sosa-Rubí, S. G., Fernández, B., & Galárraga, O. (2013). [Cost-benefit analysis: HIV/AIDS prevention in migrants in Central America]. *Salud Publica de Mexico*, 55 Suppl 1, S23-30. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23918053><http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC3914404>
- Alejandra Melissa Bonilla-Ruiz, & Pierina Vilcapoma-Balbín. (2013). Características clínicas, epidemiológicas e inmunoserológicas de los pacientes en terapia antiretroviral de gran actividad en un hospital peruano. *Revista Médica Panacea*, 3(1), 19–23. <https://doi.org/10.35563/rmp.v3i1.80>
- Andagoya Murillo, J. M., Zambrano Vera, D. R., Alcívar Vera, C. I., & Patiño Zambrano, V. P. (2019). Perfil Epidemiológico del VIH en Latinoamérica. *Recimundo*, 3(1), 232–258. [https://doi.org/10.26820/recimundo/3.\(1\).enero.2018.232-258](https://doi.org/10.26820/recimundo/3.(1).enero.2018.232-258)

- Anderson, K., Biello, K., Rosenberger, J. G., Novak, D., Mayer, K., Carey, K., & Mimiaga, M. J. (2018). The impact of social support and partner relationship dynamics on engagement in HIV care and antiretroviral treatment adherence among msm in Latin America. *AIDS Care - Psychological and Socio-Medical Aspects of AIDS/HIV*, 30(11), 1406–1412.
<https://doi.org/10.1080/09540121.2018.1456641>
- Antinori, A., Coenen, T., Costagliola, D., Dedes, N., Ellefson, M., Gatell, J., ... De Wolf, F. (2011). Late presentation of HIV infection: A consensus definition. *HIV Medicine*, 12(1), 61–64.
<https://doi.org/10.1111/j.1468-1293.2010.00857.x>
- Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento. (2020). *Retos y oportunidades de la migración venezolana en Ecuador*. 44. Retrieved from
<http://documents1.worldbank.org/curated/en/453941593004490155/pdf/Retos-y-Oportunidades-de-la-Migracion-Venezolana-en-Ecuador.pdf>
- Bernardino, J., & Antela, A. (2015). Eficacia de dolutegravir en pacientes naïve. Estudios SPRING-1, SPRING-2, SINGLE y FLAMINGO. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología.*, 33(1), 6. Retrieved from <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermedades-infecciosas-microbiologia-clinica-28-estadisticas-S0213005X15300045>
- Betancourt, C. (2020). *Mortalidad en pacientes con VIH-SIDA bajo tratamiento antirretroviral de gran alcance (TARGA), en la clínica de VIH del Hospital Carlos Andrade Marín. Estudio de una década.* (Universidad Central del Ecuador). Retrieved from
<http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/21167/1/T-UCE-0006-CME-209-P.pdf>
- Canales Cerón, Alejandro I. Fuentes Knight, Juan Alberto. de León Escribano, C. R. (2019). Desarrollo y migración: Desafíos y oportunidades en los países del norte de Centroamérica. *Naciones Unidas*, 301. Retrieved from

https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/44649/1/S1000454_es.pdf

Cardona Garzón, J. E., Correa Torres, D. P., López Mendoza, E. M., & Berbesi Fernandez, D. Y. (2018).

Factores demográficos, prácticas sexuales y características del VIH asociados a la percepción de estigma TT - Demographic factors, sexual practices and HIV characteristics associated with stigma perception. *Enferm. Glob*, 17(51), 68–78. Retrieved from

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&apId=S1695-

[61412018000300003&lang=es&anrm=iso&atlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&apId=S1695-61412018000300003&lang=es&anrm=iso&atlng=es)

Carvajal de Carvajal, A. C., Rísquez, A., Oletta López, J. F., & Godoy, O. (2019). Epidemiología del VIH en

Venezuela desde 1983 a 2016. *Med. Interna (Caracas)*, 35(2), 79–93. Retrieved from

<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/02/1050494/517-996-1-sm.pdf>

Célleri, D. (2019). Situación laboral y aporte económico de inmigrantes en el norte de Quito-Ecuador.

Friedrich Ebert Stiftung, 28. Retrieved from <http://library.fes.de/pdf-files/bueros/quito/15204.pdf>

Crabtree-Ramírez, B., Caro-Vega, Y., Shepherd, B. E., Wehbe, F., Cesar, C., Cortés, C., ... The CCASAnet

Team. (2011). Cross-sectional analysis of late HARRT initiation in Latin America and the Caribbean:

Late testers and late presenters. *PLoS ONE*, 6(5). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0020272>

De Boni, R. B., Peratikos, M. B., Shepherd, B. E., Grinsztejn, B., Cortés, C., Padgett, D., ... McGowan, C. C.

(2018). Is substance use associated with HIV cascade outcomes in Latin America? *PLoS ONE*, 13(3),

1–15. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0194228>

De La Torre, L. J., & Arazo, G. P. (2017). Documento Informativo Sobre la Infección por el VIH. In *GeSIDA*,

SESIDA. Retrieved from [http://www.seisida.es/wp-](http://www.seisida.es/wp-content/uploads/2017/05/documento_informativo_sobre_infeccion_vih_profesionales.pdf)

[content/uploads/2017/05/documento_informativo_sobre_infeccion_vih_profesionales.pdf](http://www.seisida.es/wp-content/uploads/2017/05/documento_informativo_sobre_infeccion_vih_profesionales.pdf)

De Pina-Araujo, I. I. M., Guimarães, M. L., Bello, G., Vicente, A. C. P., & Morgado, M. G. (2014). Profile of

the HIV epidemic in Cape Verde: Molecular epidemiology and drug resistance mutations among HIV-1 and HIV-2 infected patients from distinct islands of the archipelago. *PLoS ONE*, 9(4).

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0096201>

Dennis, A. M., Hué, S., Pasquale, D., Napravnik, S., Sebastian, J., Miller, W. C., & Eron, J. J. (2015). HIV Transmission Patterns among Immigrant Latinos Illuminated by the Integration of Phylogenetic and Migration Data. *AIDS Research and Human Retroviruses*, 31(10), 973–980.

<https://doi.org/10.1089/aid.2015.0089>

Department of Health and Human Services. (2019). *Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in Adults and Adolescents with HIV*. Retrieved from

<https://clinicalinfo.hiv.gov/sites/default/files/guidelines/documents/AdultandAdolescentGL.pdf>

Emanuele Fanale-Belasio(a), Mariangela Raimondo(b), B. S. and S. B. (2010). HIV virology and pathogenetic mechanisms of infection: a brief overview. *Ann Ist Super Sanità*, 46(1), 5–14.

https://doi.org/10.4415/ANN_10_01_02

Espina, B., Richard, R., & Navarro, S. P. (2017). Infección por virus de inmunodeficiencia humana. Estado Táchira, Venezuela. Periodo 2011-2015. *Comunidad y Salud*, 15(2), 68–77. Retrieved from

<https://www.redalyc.org/pdf/3757/375754623009.pdf>

Fabeni, L., Santoro, M. M., Lorenzini, P., Rusconi, S., Gianotti, N., Costantini, A., ... Ialungo, A. (2020).

Evaluation of HIV transmission clusters among natives and foreigners living in Italy. *Viruses*, 12(8), 1–15. <https://doi.org/10.3390/v12080791>

Fakoya, I., Álvarez-Del Arco, D., Monge, S., Copas, A. J., Gennotte, A. F., Volny-Anne, A., ... Burns, F. M. (2018). HIV testing history and access to treatment among migrants living with HIV in Europe.

Journal of the International AIDS Society, 21, e25123. <https://doi.org/10.1002/jia2.25123>

- Fekete, E. M., Williams, S. L., & Skinta, M. D. (2018). Internalised HIV-stigma, loneliness, depressive symptoms and sleep quality in people living with HIV. *Psychology and Health*, 33(3), 398–415. <https://doi.org/10.1080/08870446.2017.1357816>
- Ferreira, C., García, K., Macías, L., Pérez, A., & Tomsich, C. (2013). *Mujeres y hombres del Ecuador en cifras III*.
- Figuerola, F., Cabrera, H., Zapata, A., & Donado, J. (2019). Sociodemographic and clinical characteristics of patients with a new diagnosis of HIV. *Infectio*, 23(3), 246–252. Retrieved from <http://www.scielo.org.co/pdf/inf/v23n3/0123-9392-inf-23-03-00246.pdf>
- Hamers, R. L., Rinke de Wit, T. F., & Holmes, C. B. (2018). HIV drug resistance in low-income and middle-income countries. *The Lancet HIV*, 5(10), e588–e596. [https://doi.org/10.1016/S2352-3018\(18\)30173-5](https://doi.org/10.1016/S2352-3018(18)30173-5)
- Hernando Rovirola, C., Ortiz-Barreda, G., Galán Montemayor, J. C., Sabidó Espin, M., & Casabona Barbarà, J. (2014). Infección VIH/Sida y otras infecciones de transmisión sexual en la población inmigrante en España: revisión bibliográfica. *Revista Española de Salud Pública*, 88(6), 763–781. <https://doi.org/10.4321/s1135-57272014000600009>
- Hipolito, R. L., Oliveira, D. C. de, Costa, T. L. da, Marques, S. C., Pereira, E. R., & Gomes, A. M. T. (2017). Quality of life of people living with HIV/AIDS: temporal, socio-demographic and perceived health relationship. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 25(0). <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1258.2874>
- Hölge, K. (2017). III Estudio epidemiológico andino sobre consumo de drogas en la población universitaria , Informe Regional , Junio de 2017 III Estudio epidemiológico andino sobre consumo de drogas en la población universitaria , Informe Regional ,. *Unodc*. Retrieved from

http://www.prevenciondrogas.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/09/Informe_Universitarios_Ecuador_Junio_21_2017

INEC. (2019). Registro Estadístico de Entradas y Salidas internacionales. *Inec*. Retrieved from https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Migracion/2018/Boletin_tecnico_ESI_2018.pdf

Juan Carlos Araneda. (2017). *III Estudio epidemiológico andino sobre consumo de drogas en la población universitaria de Colombia, 2016*. Retrieved from <http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO03322016-estudio-epidemiologico-andino-consumo-drogas-poblacion-universitaria-colombia-2016.pdf>

Kim, J. (2012). *Literature review on the Impact of Education Levels on HI/AIDS prevalence rates*. 1–15. Retrieved from [https://hivhealthclearinghouse.unesco.org/sites/default/files/resources/Literature Review on the Impact of Education Levels on HIV-A.pdf](https://hivhealthclearinghouse.unesco.org/sites/default/files/resources/Literature%20Review%20on%20the%20Impact%20of%20Education%20Levels%20on%20HIV-A.pdf)

Laat, C. Van der, & Caeiro, L. M. (2012). *Migración Saludable en América Central*. 80. Retrieved from http://publications.iom.int/system/files/pdf/manual_referencia_1.pdf

Levy, J. A. (2009). HIV pathogenesis: 25 years of progress and persistent challenges. *Aids*, 23(2), 147–160. <https://doi.org/10.1097/QAD.0b013e3283217f9f>

Leyva-Flores, R., Aracena-Genao, B., & Serván-Mori, E. (2014). Movilidad poblacional y VIH/sida en Centroamérica y México. *Rev Panam Salud Publica*, 36(3), 2014. Retrieved from <https://www.paho.org/journal/sites/default/files/01--ARTI--Leyva-Flores--143-149.pdf>

Llenas-García, J., Rubio, R., Hernando, A., Fiorante, S., Maseda, D., Matarranz, M., ... Pulido, F. (2012). Características clínico-epidemiológicas de los pacientes inmigrantes con infección por el VIH: estudio de 371 casos. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 30(8), 441–451.

<https://doi.org/10.1016/j.eimc.2012.01.009>

Loor, G., & Sánchez, B. (2018). *Porcentaje de pacientes con infección por VIH/Sida que reciben tratamiento antirretroviral y porcentaje de pacientes con tratamiento antirretroviral que se encuentran con carga viral suprimida en la consulta externa de los Hospitales Enrique Garcés en Qui* (Pontificia Universidad Católica del Ecuador). Retrieved from http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/15536/TESIS_FINAL_BYRON_GABRIEL.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Magadi, M. A. (2017). Understanding the urban-rural disparity in HIV and poverty nexus: The case of Kenya. *Journal of Public Health (United Kingdom)*, 39(3), e63–e72. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdw065>

Marukutira, T., Yin, D., Cressman, L., Kariuki, R., Malone, B., Spelman, T., ... Dickinson, D. (2019). Clinical outcomes of a cohort of migrants and citizens living with human immunodeficiency virus in Botswana: implications for Joint United Nation Program on HIV and AIDS 90-90-90 targets. *Medicine*, 98(23), e15994. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000015994>

McMichael, A. J., Borrow, P., Tomaras, G. D., Goonetilleke, N., & Haynes, B. F. (2010). The immune response during acute HIV-1 infection: Clues for vaccine development. *Nature Reviews Immunology*, 10(1), 11–23. <https://doi.org/10.1038/nri2674>

Medina, M., & Sandoval, C. (2016). VALORACIÓN NUTRICIONAL DEL PACIENTE VIVIENDO CON VIH/SIDA (PVVS). CORRELACIÓN CLÍNICO – ANALÍTICA DE LOS PACIENTES DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN DE PVVS DEL HOSPITAL GENERAL ENRIQUE GARCÉS-QUITO, EN EL PERÍODO JUNIO A OCTUBRE DE 2015 Y PROPUESTA DE UN PLAN NUT. Retrieved from http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/11208/TESIS_DOCUMENTO_FINAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Mesa, M. I. Á., Gómez, J. D., & De La Torre Navarro, L. M. (2014). Factores relacionados con el contagio de las infecciones de transmisión sexual en la adolescencia. *Revista Habanera de Ciencias Medicas*, 13(2), 270–283. Retrieved from <http://scielo.sld.cu/pdf/rhcm/v13n2/rhcm12214.pdf>
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2013). *Guía de Atención Integral para Adultos y Adolescentes con Infección por VIH/Sida*. 114. Retrieved from <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2016/09/GUIA-AT.ADULTOS-VIH.pdf>
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2017). Monitoreo Global del Sida. *Informe GAM Ecuador*, 1–65. Retrieved from http://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/ECU_2017_countryreport.pdf
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2018). *Plan Estratégico Nacional Multisectorial para la respuesta al virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)/sida e infecciones de transmisión sexual (ITS)*. Retrieved from https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/05/PENM-VIH-2018-2022_MSP.pdf
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2020). *Boletín Anual VIH/Sida Y Expuestos Perinatales Año 2019*. 1–10. Retrieved from https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/11/gaceta_vih_2019-1.pdf
- Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS). (2014). *Guía de tratamiento antirretroviral de las personas con VIH/sida en Venezuela*. 164. Retrieved from <http://www.bioline.org.br/request?va14006>
- Monge, S., & Pérez-Molina, J. A. (2016). HIV infection and immigration. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 34(7), 431–438. <https://doi.org/10.1016/j.eimc.2016.02.027>
- Monsalve-Arteaga, L., Drummond, T., Faneite, I., Carballo, M., & Landaeta, M. E. (2017). Morbilidad,

- mortalidad y falla al tratamiento antirretroviral en adolescentes con VIH / Sida en un hospital de referencia en Caracas, Venezuela. *Infectio*, 21(3), 160–167. <https://doi.org/10.22354/in.v21i3.673>
- Moreno, S., Berenguer, J., Fuster, M., & Ontiveros, M. (2018). Detección temprana. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 36(1), 35–39. Retrieved from <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermedades-infecciosas-microbiologia-clinica-28-pdf-S0213005X18302453>
- Morey León, G., Zambrano Bonilla, R., González González, M., Rodríguez Erazo, L., Andino Rodríguez, F., & Vega Luzuriaga, P. (2020). Infecciones oportunistas en pacientes con VIH/SIDA atendidos en el Hospital de Infectología, Guayaquil, Ecuador. *FacSalud - UNEMI*, 4, 37–42. Retrieved from <http://ojs.unemi.edu.ec/index.php/facsalud-unemi/article/view/1218/1154>
- Morocho, S. (2019). *Resiliencia en pacientes con VIH/SIDA en el Área de Infectología del Hospital General Enrique Garcés* (Universidad Central del Ecuador). Retrieved from <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/18280/1/T-UCE-0007-CPS-111.pdf>
- MSP. (2017). Boletín Anual VIH / SIDA y Expuestos perinatales Casos historicos por año VIH. *Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica*, 4. Retrieved from www.salud.gob.ec
- MSP. (2019). *Prevención , diagnóstico y tratamiento de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en adolescentes y adultos. Guía de Práctica Clínica*. 1–156. Retrieved from <http://salud.gob.ec>
- Nattrass, N. (2009). Poverty, sex and HIV. *AIDS and Behavior*, 13(5), 833–840. <https://doi.org/10.1007/s10461-009-9563-9>
- Noé, R. E. A., Guadalupe, H. M. P., Israel, N. G., Ricardo, G. P. C., & Denise, C. A. F. (2013). Características estructurales y funcionales del Virus de la Inmunodeficiencia Humana. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología*, Vol. 33, pp. 163–173. Retrieved from <https://www.medigraphic.com/pdfs/micro/ei->

2013/ei134f.pdf

Noris, D., Pavía, S., Dora, D., Cornejo, P., Claudia, D., Enríquez, L., ... Díaz, D. (2018). Características epidemiológicas de pacientes con vih-sida atendidos en un hospital del sur de la Ciudad de México durante 2011 a 2016. *Asociación Mexicana de Infectología y Microbiología Clínica, AC*, 38(3), 67–98. Retrieved from <https://www.medigraphic.com/pdfs/micro/ei-2018/ei183c.pdf>

Oim. (2005). *Estudio de Caracterización de los factores de riesgo y vulnerabilidad de la población migrante frente al VIH/SIDA*. 1–107.

Oim. (2019). *Vih y movilidad de la población*. 1–4. Retrieved from https://www.iom.int/sites/default/files/our_work/DMM/Migration-Health/mhd_infosheet_hiv_10.05.2019_es.pdf

OIM. (2012). *Migration, human mobility & hiv*. 1–8. Retrieved from https://www.iom.int/sites/default/files/our_work/DMM/Migration-Health/MIGRATION-HEALTH-POSITION-PAPER-SERIES.pdf

OIM. (2019). Monitoreo de Flujo de Población Venezolana: Ecuador. *Dtm*, 1–13. Retrieved from <https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/73546.pdf>

Oim, I. O. M. O. (2002). *El derecho de los migrantes a la salud*. Retrieved from http://data.unaids.org/Publications/irc-pub02/jc519-migrantsrighttohealth_es.pdf

OMS. (2016). *Promoción de la salud de los migrantes*. 1, 9. Retrieved from http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB140/B140_24-sp.pdf

OMS, & OPS. (2018). *REUNIÓN MINISTERIAL REGIONAL SOBRE MIGRACIÓN EN MASA Y SALUD*. Retrieved from https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=document&alias=48163-

reunion-ministerial-regional-sobre-migracion-en-masa-y-

salud&category_slug=migracion&Itemid=270&lang=es

ONUSIDA. (2019). Hoja informativa — Últimas estadísticas sobre el estado de la epidemia de sida |

ONUSIDA. Disponible en <https://www.unaids.org/es/resources/fact-sheet>.

Https://Www.Unaids.Org/Es/Resources/Fact-Sheet, 2018–2020. Retrieved from

<https://www.unaids.org/es/resources/fact-sheet>

ONUSIDA. (2019). Estadísticas mundiales sobre el VIH de 2019. *Onusida*, 1–4. Retrieved from

http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_es.pdf

ONUSIDA. (2019). *La respuesta al VIH en América Latina — Datos mundiales sobre sida 2019*. 70.

Retrieved from http://onusidalac.org/1/images/2019-global-AIDS-update_latin-america_es.pdf

ONUSIDA. (2020). *Avanzando hacia América Latina y Progreso en las metas 2020: el Caribe*. Retrieved

from <https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/73659-1.pdf>

OPS, y OMS. (2019). *Situación de la epidemia por el VIH y respuesta*. 1–22. Retrieved from

https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=datos-estadisticos-5691&alias=51070-situacion-de-la-epidemia-de-la-infeccion-por-el-vih-y-respuesta-america-latina-y-el-caribe-2019&Itemid=270&lang=es

OPS, & OMS. (2020). *Epidemia del VIH y respuesta en América Latina y el Caribe*. Retrieved from

<https://www.paho.org/sites/default/files/2020-cde-world-aids-day-overview-es.pdf>

Organización Panamericana de la Salud. (2019). Documento de orientación sobre migración y salud.

Organización Panamericana de La Salud, 23 pp. Retrieved from

<https://www.refworld.org/es/docid/5d3b4b004.html>

Palacios, E., Pozo, J., & Torres, L. (2020). CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LOS PACIENTES QUE

VIVEN CON VIH/SIDA DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN INTEGRAL DE LA PROVINCIA DE MORONA

SANTIAGO ECUADOR. *Universidad Católica de Cuenca*, 3(6), 1–16. Retrieved from

https://www.researchgate.net/publication/344713346_CARACTERISTICAS_EPIDEMIOLOGICAS_DE_LOS_PACIENTES_QUE_VIVEN_CON_VIHSIDA_DE_LA_UNIDAD_DE_ATENCION_INTEGRAL_DE_LA_PROVINCIA_DE_MORONA_SANTIAGO_ECUADOR

Panel de expertos de GeSIDA y Plan Nacional sobre el Sida. (2020). Documento de consenso de

GESIDA/Plan Nacional sobre el Sida respecto al tratamiento antirretroviral en adultos infectados por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana. *Enfermedades Emergentes*, 145. Retrieved from

http://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2020/07/TAR_GUIA_GESIDA_2020_COMPLETA_Julio.pdf

Pérez, M. de los Á., Campos, A., Sánchez, M. T., & Montoro, C. (2019). CARACTERÍSTICAS

SOCIODEMOGRÁFICAS, INDICADORES DE RIESGO Y ATENCIÓN SANITARIA EN RELACIÓN A

INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN POBLACIÓN INMIGRANTE DE GRANADA. *Revista*

Española de Salud Pública, 93. Retrieved from <http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v93/1135-5727-resp-93-e201912102.pdf>

Pezzi, C., Lee, D., Kumar, G. S., Kawasaki, B., Kennedy, L., Aguirre, J., ... Jentes, E. S. (2020). Health

screenings administered during the domestic medical examination of refugees and other eligible immigrants in nine US states, 2014–2016: A cross-sectional analysis. *PLoS Medicine*, 17(3), 1–23.

<https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PMED.1003065>

Posada Zapata, I. C., & Agudelo Olarte, É. T. (2019). Significado del Riesgo de VIH/SIDA para Hombres

Homosexuales en Medellín, Colombia. *Psyche (Santiago)*, 28(2), 1–14.

<https://doi.org/10.7764/psyche.28.2.1381>

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. (2018). *Tratamiento antirretroviral para*

- personas con VIH/SIDA guía practica*. 15,17. Retrieved from <http://icaso.org/wp-content/uploads/2019/03/MiniGuia-Tratamiento-VIH-01Feb2019-Venezuela.pdf>
- Quiroga, R., Castro, A., Illanes, D., & Mildreth, C. (2016). Factores que influyen en el retraso del diagnóstico del VIH. *Gac Med Bol*, 39(2), 72–78. Retrieved from <http://www.scielo.org.bo/pdf/gmb/v39n2/v39n2a3.pdf>
- R4V, & ONUSIDA. (2019). *RESPUESTA DE ONUSIDA ANTE EL FLUJO DE REFUGIADOS Y MIGRANTES DE VENEZUELA EN AMERICA LATINA Y EL CARIBE*. Retrieved from <https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/70536.pdf>
- Restrepo P., J. (2014). *Sexualidad y migración, la experiencia migratoria de los varones homosexuales y bisexuales colombianos en España*. 422. Retrieved from <https://core.ac.uk/download/pdf/29406667.pdf>
- Reyes-Urueña, J., Campbell, C., Hernando, C., Vives, N., Folch, C., Ferrer, L., ... Casabona, J. (2017). Differences between migrants and Spanish-born population through the HIV care cascade, Catalonia: An analysis using multiple data sources. *Epidemiology and Infection*, 145(8), 1670–1681. <https://doi.org/10.1017/S0950268817000437>
- RMRP. (2019). *Plan Regional de Respuesta para Refugiados y Migrantes para las Personas Refugiadas y Migrantes de Venezuela*. 110. Retrieved from <https://r4v.info/en/documents/download/68669>
- RMRP. (2020). *RMRP 2020 para refugiados y migrantes de Venezuela*. 1–192. Retrieved from <https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/74747.pdf>
- Rodríguez-Morales, A. J., Bonilla-Aldana, D. K., Morales, M., Suárez, J. A., & Martínez-Buitrago, E. (2019). Migration crisis in Venezuela and its impact on HIV in other countries: The case of Colombia Rodríguez-Morales, Alfonso J. *Annals of Clinical Microbiology and Antimicrobials*, 18(1), 1–5.

<https://doi.org/10.1186/s12941-019-0310-4>

Rodríguez, F. (2016). *VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO DE ADAM PARA LA DETECCIÓN DE HIPOGONADISMO EN PACIENTES VARONES CON VIH Y SU CORRELACIÓN CON NIVELES DE CD4*

(Pontificia Universidad Católica del Ecuador). Retrieved from

[http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/11214/TESIS JULIO PARA EMPASTAR.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/11214/TESIS%20JULIO%20PARA%20EMPASTAR.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Rodríguez, M. F., Wolff, M., & Cortés, C. (2015). Características clínicas y epidemiológicas de la infección por VIH en inmigrantes latinoamericanos versus chilenos: Estudio comparativo en un centro de atención de Santiago a partir de registros de 2003-2013. *Revista Chilena de Infectología*, 32, 72–80. <https://doi.org/10.4067/S0716-10182015000100006>

Ross, J., Cunningham, C. O., & Hanna, D. B. (2018). HIV outcomes among migrants from low-income and middle-income countries living in high-income countries: A review of recent evidence. *Current Opinion in Infectious Diseases*, 31(1), 25–32. <https://doi.org/10.1097/QCO.0000000000000415>

Sánchez, M. S., Guardati, V., Saz, M. (2001). *IMPACTO DEL VIH/SIDA EN LA FAMILIA*. 1–32. Retrieved from <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/congresos/reg/slets/slets-017-030.pdf>

Santisteban, A. S. (2019). *VIH venezolanos en peru 2019*. Retrieved from <http://onusidalac.org/1/images/2018/diagnostico-rapido-migrantes-con-vih-peru.pdf>

Saracino, A., Lorenzini, P., Lo Caputo, S., Girardi, E., Castelli, F., Bonfanti, P., ... Manfrin, V. (2016). Increased risk of virologic failure to the first antiretroviral regimen in HIV-infected migrants compared to natives: Data from the ICONA cohort. *Clinical Microbiology and Infection*, 22(3), 288.e1-288.e8. <https://doi.org/10.1016/j.cmi.2015.10.026>

Self, W. H. (2010). Acute HIV Infection: Diagnosis and Management in the Emergency Department.

Emergency Medicine Clinics of North America, 28(2), 381–392.

<https://doi.org/10.1016/j.emc.2010.01.002>

Sociedad Argentina de Infectología. (2019). *VII CONSENSO ARGENTINO DE TERAPIA ANTIRRETROVIRAL 2018 - 2019*. 267. Retrieved from

<https://www.garrahan.gov.ar/PDFS/medicamentos/tablas/Consenso p-Rev-v1.4.pdf>

Spiegel, P., & Harroff-Tavel, H. (2006). *HIV / AIDS and Internally Displaced Persons in 8 Priority Countries*. (January), 1–47. Retrieved from https://data.unaids.org/pub/report/2006/idp_hiv_paper.pdf

Steenberg, B. (2020). HIV-positive Mozambican migrants in South Africa: loneliness, secrecy and disclosure. *Culture, Health and Sexuality*, 22(1), 48–63.

<https://doi.org/10.1080/13691058.2019.1571230>

Stevens, R., Icard, L., Jemmott, J. B., O’Leary, A., Rutledge, S., Hsu, J., & Stephens-Shields, A. (2017). Risky Trade: Individual and Neighborhood-Level Socio-Demographics Associated with Transactional Sex among Urban African American MSM. *Journal of Urban Health*, 94(5), 676–682.

<https://doi.org/10.1007/s11524-017-0187-5>

UNAIDS. (2019). *Country factsheets ECUADOR | 2019 HIV and AIDS Estimates Adults and children living with Country factsheets ECUADOR*. 1–10. Retrieved from

<https://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/ecuador>

UNAIDS. (2019). *Country factsheets VENEZUELA (BOLIVARIAN REPUBLIC OF) | 2019 HIV and AIDS Estimates Adults and children living with Country factsheets VENEZUELA (BOLIVARIAN REPUBLIC OF) | 2019 HIV testing and treatment cascade People living with HIV Coverage of adult*. 1–10.

Retrieved from <https://www.unaids.org/es/regionscountries/countries/venezuela>

UNAIDS. (2020). *UNAIDS. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. UNAIDS data 2020*. Geneva,

Switzerland. *UNAIDS*. 436. Retrieved from

https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2020_aids-data-book_en.pdf

Vera Méndez, F. (2008). Características clínicas y epidemiológicas diferenciales de las poblaciones inmigrante y autóctona con infección por el VIH en el área sanitaria de Cartagena. Periodo 1998-2008. Retrieved from <https://digitum.um.es/digitum/bitstream/10201/3418/1/VeraMendez.pdf>

Vera Pérez, V., & Estrada Aguilera, A. (2005). Influencia social y familiar en el comportamiento del paciente con VIH/SIDA ante su diagnóstico y manejo. *Revista Del Hospital Juárez de Mexico*, 71(1), 29–35. Retrieved from <https://www.medigraphic.com/pdfs/juarez/ju-2004/ju041e.pdf>

World Health Organization. (2016). *VIH 2016–2021 HACIA EL FIN DEL SIDA*. Retrieved from <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250574/WHO-HIV-2016.05-spa.pdf?sequence=1>

Yeon Jung Yu, Xiaoming Li, Shan Qiao, Y. Z. (2017). Family relations in the context of HIV/AIDS in Southwest China. *Physiology & Behavior*, 176(10), 139–148. <https://doi.org/10.1080/09540121.2016.1173641>.Family

ANEXOS

7.1. ANEXO 1. Consentimiento Informado

Este formulario de consentimiento informado se dirige a hombres y mujeres que son atendidos en la Unidad de Atención Integral de VIH del Hospital Pablo Arturo Suárez y se les invita a participar en el proyecto de Investigación: **Impacto de la Movilidad Poblacional en el perfil clínico y epidemiológico de la Infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana en el Hospital Pablo Arturo Suárez en el período 2017 – 2019.**

Nombre del Investigador Principal: Andrés Fernando Montalvo Vásquez

Nombre de la Organización: Pontificia Universidad Católica del Ecuador

Este Documento de Consentimiento Informado tiene dos partes:

- Información (proporciona información sobre el estudio)
- Formulario de Consentimiento (para firmar si está de acuerdo en participar)

PARTE I: Información

Introducción

Yo Andrés Montalvo, soy estudiante del Posgrado de Medicina Interna de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, estamos investigando sobre: **El impacto de la Movilidad Poblacional y las características Clínico-Epidemiológico de los pacientes Infectados por el Virus de Inmunodeficiencia Humana en el Hospital Pablo Arturo Suárez en el período 2017 – 2019.** Le voy a dar información e invitarle a participar en esta investigación y usted decidirá si participar o no en esta investigación. Antes de decidirse, puede hablar con alguien que se sienta cómodo sobre la investigación. Puede que haya algunas palabras que no entienda. Por favor me informa para darme tiempo a explicarle. Si tiene preguntas más tarde, puede preguntarme a mí, o a cualquiera de los miembros del equipo.

Propósito

PONTIFICA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

La Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana es una de las enfermedades con gran impacto mundial y mayor morbilidad si no presenta un adecuado seguimiento. Los medicamentos que se usan actualmente para ayudar a las personas con Infección por VIH son la base para evitar las complicaciones propias de la enfermedad, siendo de gran importancia una adecuada adherencia al tratamiento, el cual se inicia de acuerdo a las características de cada persona, siendo el objetivo de esta investigación conocer los factores relacionados a la movilidad humana, las características de la población atendida en este Hospital y los tratamientos antirretrovirales recibidos.

Tipo de Intervención de Investigación

El presente estudio, se trata de una investigación observacional descriptiva, en la que se realizará una encuesta a cada paciente orientada a conocer sus características sociodemográfica como: edad, sexo, nacionalidad, apoyo familiar, nivel de instrucción, actividad laboral, residencia actual, y tratamiento conociendo de esta manera el esquema antirretroviral previo y actual y a su vez la razón que motivo el cambio de esquema.

Selección de participantes

Estamos invitando a todos los pacientes infectados por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana que son atendidos en la Unidad de Atención Integral de VIH del Hospital Pablo Arturo Suárez para participar en la investigación sobre el impacto de la movilidad humana y las características de la población atendida y así conocer los puntos críticos y posteriormente reforzarlos.

Participación Voluntaria

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no. Tanto si elige participar o no, continuarán todos los servicios que reciba en esta unidad en nada cambiará. Usted puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar aun cuando haya aceptado antes.

Duración

La investigación durará aproximadamente 6 meses en total, su participación será el tiempo que dure la encuesta y posteriormente se analizarán los datos de su expediente clínico con único acceso al investigador.

Beneficios

Puede que no halla beneficio para usted, pero su participación nos ayudará a encontrar una respuesta a la pregunta de investigación, con beneficios para toda la comunidad en el manejo de esta enfermedad.

Incentivos

No se otorgará ningún incentivo económico o regalos por formar parte en esta investigación.

Confidencialidad

Con esta investigación, se realiza algo fuera de lo ordinario en su comunidad. Es posible que, si otros miembros de la comunidad saben que usted participa, puede que le hagan preguntas. Nosotros no compartiremos la identidad de aquellos que participen en la investigación. La información recogida se mantendrá de manera confidencial. La información acerca de usted que se recogerá durante la investigación será puesta fuera de alcance y nadie sino el investigador tendrá acceso.

Compartiendo los Resultados

El conocimiento que obtengamos por realizar esta investigación se compartirá con usted y se publicaran los resultados para que otras personas interesadas en el tema puedan conocer los resultados de nuestra investigación.

Derecho a negarse o retirarse

Sí Usted no desea participar en esta investigación puede negarse, no le afectará en ninguna forma a que sea tratado en esta unidad. Puede dejar de participar en la investigación en cualquier momento que desee sin perder sus derechos como paciente aquí. Su tratamiento en esta clínica no será afectado en ninguna forma.

A Quién Contactar

Si tiene cualquier pregunta puede hacerlas ahora o más tarde, incluso después de haberse iniciado el estudio. Si desea hacer preguntas más tarde, puede contactar con el investigador. MD Andrés Montalvo. Teléfono: 0991348787 / Correo electrónico: amontalvo4@hotmail.com

Esta propuesta ha sido revisada y aprobada por el Comité de ética de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador y del Hospital Provincial Pablo Arturo Suárez, que es un comité cuya tarea es asegurarse de que se proteja de daños a los participantes en la investigación. Si usted desea averiguar más sobre este comité, contacte [Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Dirección: Av. 12 de octubre 1076 y Roca. Teléfono: (593) 22991700], [Hospital Provincial General Pablo Arturo Suárez. Dirección: Ángel Ludeña y Machala Oe5261. Teléfono: (02) 394-9100].

PARTE II: Formulario de Consentimiento

He sido invitado a participar en la investigación: Impacto de la movilidad Humana y características clínico – epidemiológica sobre el Virus de la Inmunodeficiencia Humana. Sé que puede que no haya beneficios para mi persona. Se me ha proporcionado el nombre de un investigador que puede ser fácilmente contactado usando el nombre y la dirección que se me ha dado de esa persona.

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado.

Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera mi cuidado médico.

Nombre del Participante _____

Firma del Participante _____

Fecha _____

Día/mes/año

Si es analfabeto

He sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento para el potencial participante y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmo que el individuo ha dado consentimiento libremente.

Nombre del testigo _____ Y Huella dactilar del participante

Firma del testigo _____

Fecha _____

Día/mes/año

He leído con exactitud o he sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento informado para el potencial participante y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmo que el individuo ha dado consentimiento libremente.

Nombre del Investigador MD Andrés Montalvo

Firma del Investigador _____

Fecha _____

Día/mes/año

Ha sido proporcionada al participante una copia de este documento de Consentimiento Informado _____ (iniciales del investigador/asistente).

7.2. ANEXO 2. Encuesta realizada

UNIDAD DE ATENCIÓN INTEGRAL “HOSPITAL PABLO ARTURO SUÁREZ”

Esta encuesta es anónima, se solicita llenar con sinceridad, nuestro objetivo es conocer las características de la población atendida para así dar solución a los nudos críticos. No le tomará más que 3 minutos aproximadamente.

1. **Sexo:** a) Hombre____ b) Mujer____
 2. **Orientación Sexual:** a) Heterosexual____ b) HSH____ c) Bisexual____
 3. **Estado Civil:** a) Soltero/a ____ b) Casado/a____ c) Divorciado/a____ d) Unión Libre____ e) Viudo/a____
 4. **Edad:** _____
 5. **Nacionalidad:** ¿a) Ecuador____ b) Colombia____ c) Venezuela____ d) Perú____ Otros Cuál? _____
 6. **Cédula de Identidad / Pasaporte:** _____ **Historia Clínica:** _____
 7. **¿Actualmente usted se encuentra laborando?:** a) Sí ____ b) No ____
 8. **Seguro de Salud:** a) IESS____ b) Privado____ c) Ninguno____
 9. **Nivel de Instrucción:** a) Analfabeto ____ b) Primaria ____ c) Secundaria ____ d) Superior____ e) Cuarto Nivel____
 10. **Nivel Socio – económico:** a) Bajo____ b) Medio ____ c) Alto____
 11. **¿Cuál es su Ingreso económico mensual?:** _____
 12. **¿Qué tiempo de estancia tiene usted en el Ecuador?:** _____
 13. **Residencia Actual:** a) Vivienda propia____ b) Vivienda arrendada ____ c) Albergue____ d) Nómada____ e) Destechado (calle)____
 14. **Lugar de Residencia Previa:** _____
 15. **Tiempo de cambio de residencia:** _____
 16. **Residencia de dónde proviene:** _____
 17. **Plan de permanencia en Ecuador:** ¿a) Indefinido____ b) Temporal____ Cuánto tiempo? ____ c) De paso____
 18. **¿Usted cuenta con apoyo económico?** A) Si ____ ¿Por parte de quién? _____ b) No____
 19. **¿Cuál fue la causa de su primera consulta en esta unidad?** A) Baja de peso ____ b) Fiebre____ c) Diarrea____ d) Adenopatías____ c) Continuar tratamiento antirretroviral____ d) Transferencia____ e) Infecciones Oportunistas____
 20. **¿En qué lugar se le diagnóstico de Infección por VIH?** _____
 21. **Diagnóstico Actual**_____
 22. **¿Cuántos esquemas antirretrovirales ha recibido previo al actual esquema?** A) Uno____ b) Dos____ c) Tres____ d) Cuatro____ e) Cinco o más____
 23. **¿Qué tratamiento antirretroviral tomaba previo al actual?** _____
-

24. ¿Qué tratamiento antirretroviral toma actualmente?

25. ¿Usted ha cambiado de esquema antirretroviral? a) Si__ b) No__

26. ¿Motivo por el cuál cambio de tratamiento antirretroviral?

27. ¿Hace qué tiempo cambió de esquema Antirretroviral?

28. Nivel de linfocitos CD4+ actual _____

29. Carga Viral actual _____

30. ¿Usted ha padecido o padece de las siguientes enfermedades?

Sífilis_____ Fecha de diagnóstico_____

Hepatitis B _____ Fecha de diagnóstico_____

Hepatitis C _____ Fecha de diagnóstico_____

Tuberculosis _____ Fecha de diagnóstico_____

Neumonía por Pneumocystis jirovecii _____ Fecha de diagnóstico_____

Diarrea crónica _____ Fecha de diagnóstico_____

Neumonía recurrente _____ Fecha de diagnóstico_____

Candidiasis _____ Fecha de diagnóstico_____

Toxoplasmosis cerebral _____ Fecha de diagnóstico_____

Endocarditis _____ Fecha de diagnóstico_____

Otra _____ Fecha de diagnóstico_____

31. ¿Usted consume cualquiera de las siguientes drogas?

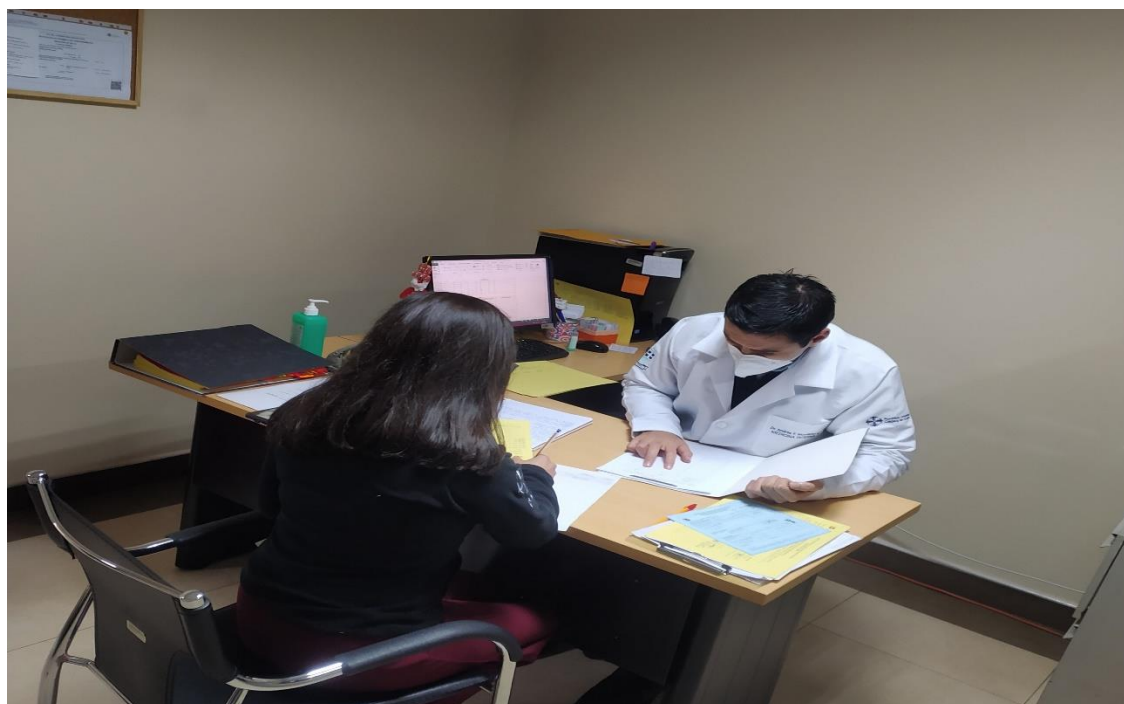
¿Drogas inyectables _____ Cuál? _____

¿Drogas inhaladas _____ Cuál? _____

Tabaco _____

Alcohol _____

7.3. ANEXO 3. Entrevista a las PVV



7.4. ANEXO 4. Recolección de datos de las historias clínicas

