

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**ESPECIALIZACIÓN MEDICINA INTERNA**

**CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD EN PERSONAS VIVIENDO CON  
EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA EN LA UNIDAD  
DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL PACIENTE VIVIENDO CON VIH DEL  
HOSPITAL GENERAL ENRIQUE GARCÉS**

*Disertación previa a la obtención de título* **ESPECIALIZACIÓN MEDICINA  
INTERNA**

**AUTORAS:**

**DIEGO FELIPE QUINCHE CÓRDOVA**

**DIRECTOR:**

**DR. NELSON IGNACIO CEVALLOS SALAS**

**QUITO, 11 DE ENERO, 2024**

## **AGRADECIMIENTO**

Quiero expresar mi sincero agradecimiento a todas las personas que contribuyeron de alguna manera a la realización de este trabajo de investigación.

En primer lugar, deseo agradecer a mi director de tesis, Dr. Nelson Cevallos por su orientación experta, apoyo incondicional y valiosos consejos a lo largo de todo este proceso. Su dedicación y compromiso fueron fundamentales para la culminación de este proyecto.

Asimismo, quiero agradecer a mi familia a mis padres, esposa e hija por su amor incondicional, paciencia y constante estímulo. Su apoyo moral y emocional fueron mi principal fuente de fortaleza durante los momentos desafiantes de esta investigación.

Finalmente, quiero expresar mi gratitud al Hospital General Enrique Garcés que ayudaron proporcionando información. Su contribución fue invaluable para el éxito de este proyecto.

Sin el apoyo y la ayuda de todas estas personas, este trabajo no habría sido posible.

A todos ustedes, mi más sincero agradecimiento.

## **DEDICATORIA**

Dedico este trabajo de investigación a mis padres, Segundo Quinche y Livia Cordova, cuyo amor incondicional, sacrificio y apoyo inquebrantable han sido mi mayor inspiración a lo largo de mi vida académica. Su constante aliento y confianza en mí han sido los pilares sobre los cuales he construido este proyecto.

A mi Esposa Katty, por su constante motivación y comprensión durante este arduo proceso. Tu apoyo ha sido fundamental en cada etapa de esta travesía académica.

A mis profesores y mentores, cuya sabiduría, orientación y enseñanzas han sido fundamentales en mi desarrollo académico y profesional. Su influencia ha dejado una marca imborrable en mi camino hacia el conocimiento.

Este trabajo está dedicado a todos ustedes, quienes han sido parte fundamental de mi viaje hacia la consecución de este logro académico.

## **TABLA DE CONTENIDOS**

<b>AGRADECIMIENTO .....</b>	<b>2</b>
<b>DEDICATORIA .....</b>	<b>3</b>
<b>TABLA DE CONTENIDOS.....</b>	<b>4</b>
<b>LISTA DE FIGURAS .....</b>	<b>7</b>
<b>Lista de Tablas.....</b>	<b>8</b>
<b>LISTA DE GRÁFICOS .....</b>	<b>10</b>
<b>RESUMEN.....</b>	<b>11</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>13</b>
<b>1. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>1</b>
1.1. Justificación.....	3
1.2. Problema de investigación .....	4
1.2.1. Pregunta de investigación .....	7
1.3. Objetivos .....	7
1.3.1 Objetivo General .....	7
1.3.2. Objetivos específicos .....	7
1.4. Hipótesis.....	8
<b>CAPITULO II.....</b>	<b>9</b>
<b>2. MARCO TEORICO .....</b>	<b>9</b>
<b>CAPITULO III.....</b>	<b>21</b>

<b>3. MATERIALES Y METODOS.....</b>	<b>21</b>
3.3 Criterios de selección .....	21
3.3.1. Criterios de inclusión .....	21
3.3.2. Criterios de exclusión.....	21
3.4. Operacionalización de las variables .....	22
3.4.1. Variables en la investigación .....	22
3.5 Matriz de operacionalización de variables .....	22
3.6 Procedimientos de recolección de información .....	26
3.6.3 Plan de análisis de datos:.....	27
3.6.3.1 Análisis Univariado:.....	27
3.6.3.2 Análisis Bivariado:.....	27
3.7 Aspectos bioéticos y de género .....	27
<b>CAPÍTULO IV .....</b>	<b>30</b>
<b>4. RESULTADOS.....</b>	<b>30</b>
<b>CAPÍTULO V.....</b>	<b>40</b>
<b>5. DISCUSIÓN.....</b>	<b>40</b>
5.1 Limitaciones.....	44
<b>CAPITULO VI .....</b>	<b>46</b>
<b>6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....</b>	<b>46</b>
6.1 Conclusiones .....	46

6.2 Recomendaciones.....	47
<b>7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>48</b>

## **LISTA DE FIGURAS**

Figura 1. Formula de cálculo de muestra .....	31
---	----

## Lista de Tablas

Tabla 1. Características generales. Pacientes que viven con VIH. Unidad de atención integral al paciente viviendo con VIH del Hospital General Enrique Garcés	31
Tabla 2. Inicio de la vida sexual. Pacientes que viven con VIH. Unidad de atención integral al paciente viviendo con VIH del Hospital General Enrique Garcés.....	32
Tabla 3. Valoración de la adherencia al tratamiento con antirretrovirales. Pacientes que viven con VIH. Unidad de atención integral al paciente viviendo con VIH del Hospital General Enrique Garcés.....	35
Tabla 4. Registro de solicitud de exámenes de laboratorio. Pacientes que viven con VIH. Unidad de atención integral al paciente viviendo con VIH del Hospital General Enrique Garcés (n=303) .....	35
Tabla 5. Resultados de exámenes de laboratorio. Pacientes que viven con VIH. Unidad de atención integral al paciente viviendo con VIH del Hospital General Enrique Garcés (n=303).....	36
Tabla 6. Resultados de conteo de linfocitos TCD4 y Carga viral. Pacientes que viven con VIH. Unidad de atención integral al paciente viviendo con VIH del Hospital General Enrique Garcés (n=303).....	37
Tabla 7. Uso de profilaxis con TMP/SMX como profilaxis frente a enfermedades oportunistas (Jirovecii o Toxoplasma). Pacientes que viven con VIH. Unidad de atención integral al paciente viviendo con VIH del Hospital General Enrique Garcés (n=303).....	38

Tabla 8. Tamizaje de depresión y derivación a salud mental. Pacientes que viven con VIH. Unidad de atención integral al paciente viviendo con VIH del Hospital General Enrique Garcés (n=303) .....	39
---	----

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Distribución de la edad. Pacientes que viven con VIH. Unidad de atención integral al paciente viviendo con VIH del Hospital General Enrique Garcés (n=303).....	31
Gráfico 2 Año en que se realizó la primera serología. Pacientes que viven con VIH. Unidad de atención integral al paciente viviendo con VIH del Hospital General Enrique Garcés (n=303).....	32
Gráfico 3. Año en que se realizó la primera cita. Pacientes que viven con VIH. Unidad de atención integral al paciente viviendo con VIH del Hospital General Enrique Garcés (n=303).....	35

## RESUMEN

**Introducción:** La calidad de la atención médica es la aplicación de la ciencia y la tecnología médicas para optimizar los beneficios sin incrementar los riesgos para la atención sanitaria, por lo que niveles más altos de calidad pueden producir un buen equilibrio entre riesgos y beneficios.

**Objetivo:** Describir la calidad de la atención en salud que reciben los pacientes con infección VIH de la unidad de atención integral del Paciente Viviendo con VIH del Hospital General Enrique Garcés, mediante los indicadores de calidad basados en la evidencia científica.

**Metodología:** se realizó un estudio observacional, descriptivo transversal con una población de 1400 pacientes de la cual se tomó una muestra de 303 PVV la cual fue calculada por fórmula. Los participantes de estudio fueron seleccionados mediante un muestreo probabilístico aleatorio simple sin reposición.

**Resultados:** El promedio de edades fue 34,7 años (DE: 11,3 años), predominó el sexo masculino (n=234; 77,2%), el nivel de instrucción que primó fue el secundario en 145 pacientes (47,9%) y más del 50% poseía un trabajo, el inicio de la vida sexual en promedio fue a los 15 años (DE: 5,7 años), la heterosexualidad predominó (n=131; 43,2%). La primera cita en consulta ascendió desde el año 2004 (1,3%) hasta el año 2021 (16,5%). La adherencia al tratamiento fue valorada en el 3% de los usuarios (n=9), los registros de solicitud de exámenes de laboratorio se evidenciaron en más del 95% de los pacientes excepto en la prueba de la tuberculina (49,5%, n=150). De los 303 pacientes del estudio; 138 (45,5%) tuvieron conteo inicial de CD4+ menor a 200 células, los cuales el 100% recibieron profilaxis con

TMP/SMX. El tamizaje de depresión fue realizado en el 31.7 % (n=96) mientras que la referencia al servicio de salud mental al 34% (n=103).

**Conclusiones:** en el estudio se identificaron indicadores que cumplen la meta que sugiere la evidencia científica en cuanto a calidad de la atención. De forma general, se cumple con los estándares de atención a los pacientes con VIH.

**Palabras clave:** VIH/SIDA, calidad de atención, atención integral.

## ABSTRACT

**Introduction:** The quality of health care is the application of medical science and technology in order to maximize its benefits without increasing health risks, therefore a higher degree of quality can generate a favorable balance between risks and benefits.

**Objective:** To describe the quality of health care received by patients with HIV infection from the comprehensive care unit for Patients Living with HIV at the Genera Enrique Garcés Hospital, using quality indicators based on scientific evidence.

**Methodology:** an observational, descriptive cross-sectional study was carried out with a population of 1,400 patients from which a sample of 303 PLWH will be taken, which was calculated by formula. Study participants were selected using simple random probability sampling without replacement.

**Results:** The average age was 34.7 years (SD: 11.3 years), the male sex predominated (n=234; 77.2%), the educational level that prevailed was secondary in 145 patients (47, 9%) and more than 50% had a job, the start of sexual life on average was 15 years old (SD: 5.7 years), heterosexuality predominated (n=131; 43.2%). The first consultation appointment increased from 2004 (1.3%) to 2021 (16.5%). Adherence to treatment was assessed in 3% of the patients (n=9), the record of requesting laboratory tests was evidenced in more than 95% of the patients except for the tuberculin test (49.5%, n= 150). Of the 303 (100%) patients in the study; 138 (45.5%) had initial CD4+ count less than 200 cells, 100% of whom received prophylaxis with TMP/SMX.

Depression screening was carried out in 31.7% (n=96) while referral to the mental health service was carried out in 34% (n=103).

**Conclusions:** The study identified indicators that meet the goal suggested by scientific evidence regarding quality of care. In general, the standards of care for patients with HIV are met.

**Keywords:** HIV/AIDS, quality of care, comprehensive care.

# 1. INTRODUCCIÓN

La definición de calidad de la atención se introdujo desde la época pasada. Entre los innovadores en este campo se encuentran Ignaz Semmelweis, Florence Nightingale y Ernest Codman, y otras personas. En el año 1980, Avedis Donabedian formulo la siguiente definición: la utilización de la tecnología y la ciencia médica para optimizar sus resultados sin incrementar el peligro para la salud. En consecuencia, el nivel de excelencia más elevado implica que se desea que la atención prestada alcance un equilibrio favorable entre beneficios y riesgos.(1)

Después, en el Instituto de Medicina de los Estados Unidos (IOM) se llevó a cabo una revisión y profundización del concepto de calidad de la atención, informando que se trata del nivel en que los servicios de salud para individuos y poblaciones aumentan la probabilidad de obtener los resultados de salud deseados y son consistentes, gracias a los conocimientos médicos profesionales.(1)

Estas definiciones sobre calidad de atención de salud están de acuerdo en que los resultados finales de la atención de salud deben concretarse en beneficios de salud para la población. A pesar de que existen múltiples conceptos de calidad de atención, se han establecido las más importantes características que deben ser abarcadas en el concepto.(1)

La prestación de la atención debe: ser coherente con el progreso y el conocimiento científico, satisfacer las exigencias de la población y brindar una atención adecuada para el usuario.(1)

El presente estudio de investigación está conformado por varios apartados: inicialmente se describe el problema del estudio y la justificación del mismo, en el marco teórico se desarrollan los temas de mayor relevancia asociadas al tema de investigación como la definición de servicios de salud y la forma correcta de definir la calidad de atención dentro de los programas que manejan a los pacientes con diagnóstico de *VIH*, además se caracteriza la enfermedad y los diversos procesos que constituyen un servicio integral de este tipo de pacientes.

El estudio que se planea desarrollar es uno de tipo descriptivo que permita caracterizar el tipo de atención que se brinda a usuarios VIH positivos, para cumplir dicho objetivo se emplearon ciertas herramientas como la encuesta SMAQ además del registro de las atenciones recibidas por los pacientes así como los exámenes indicados y sus respectivos resultados. De esta forma se pretende sentar las bases para el desarrollo de próximos estudios encaminados a mejorar los servicios de atención de todos los pacientes que por su condición constituyen un reto para el sistema de salud pública.

## **1.1. Justificación**

Varios son los motivos para obtener la calidad en la atención sanitaria; tanto de carácter ético (todos los ciudadanos tienen derecho al máximo nivel de salud y todos los profesionales tienen la responsabilidad de garantizar la calidad de la atención que brindan); seguridad (reducir los peligros de cualquier cambio); social (debe procurarse al ciudadano la igualdad, el acceso, la continuación, la idoneidad y varias características de la atención sanitaria); económicos (la atención sanitaria conlleva una utilización amplia de recursos limitados) y legal.(2)

Pero aparte de estos argumentos; el propio desarrollo de la sociedad también exige la más alta calidad, definiendo nuevas posibilidades y obligaciones (indicadores de calidad). Uno de los objetivos fundamentales para brindar una atención de excelencia en los pacientes con VIH/SIDA radica en la implementación de procedimientos de trabajo que posibilitan una atención personalizada y específica para esta patología.(2)

Con la presente investigación se pretende describir y fomentar mejoras de la calidad de atención sanitaria que disponen los PVV en la unidad de atención integral de PVV del Hospital General Enrique Garcés

El presente proyecto aportará información que permita determinar las áreas que requieran mejoras para una adecuada atención de los pacientes viviendo con VIH

El estudio está motivado por la poca información a nivel nacional en relación con la calidad de atención en pacientes con PVV justificándose así, este estudio.

## **1.2. Problema de investigación**

Desde su aparición, la infección por VIH ha ocasionado importantes impactos negativos en la salud por su elevada morbimortalidad, siendo la novena causa de mortalidad en el mundo y la segunda por un agente infeccioso único, después de la tuberculosis (1). En Ecuador de los 4.320 casos notificaciones de VIH/sida en el 2019, la tasa de incidencia del VIH se registra en 0,24 por cada 1.000 habitantes y el grupo etario más afectado es de 15 a 49 años con 3.841 casos de VIH con una tasa de incidencia de 0,3 por cada 1.000 habitantes, encontrándose por debajo del promedio latinoamericano que es de 0,5. Se estima que el Ecuador tiene 19.674 fallecidos por causas relacionadas al sida. (3)

Desde el descubrimiento de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) hemos sido testigos de un gran progreso en los conocimientos sobre su diagnóstico y el manejo clínico y terapéutico de las personas afectadas, como demuestran las numerosas guías clínicas de las que disponemos actualmente. (4)

La intensificación del tratamiento antirretroviral de gran actividad (TAR) ha supuesto una significativa disminución de la mortalidad de los pacientes que padecen infección por el virus VIH. De manera paralela, el incremento de la capacidad de sobrevivir ha ocasionado la aparición de otras comorbilidades, eventos no relacionados con el VIH y problemas relacionados con el envejecimiento en estos pacientes.

Esto caracteriza la atención médica de los pacientes con infección por el virus VIH como área compleja y requiere un manejo global, la priorización de actividades en la atención sanitaria y la comprensión de los efectos secundarios de los

medicamentos, especialmente los antirretrovirales y sus interacciones farmacológicas.(5)

En el contexto actual de progresos técnicos y la limitación de los recursos públicos, resulta imperativo diseñar una atención sanitaria que se sustente en principios de equidad y calidad. Por consiguiente, es imperativo asegurar el cumplimiento de unos estándares adecuados. En este contexto, resulta sumamente relevante establecer criterios de calidad que se sustenten en la evidencia científica más reciente que permitan identificar el seguimiento y la eficacia de los cuidados de salud recomendados en estos pacientes.(5)

La calidad asistencial se puede definir como la magnitud en la que el procedimiento asistencial mejora la posibilidad de alcanzar el resultado deseado para el paciente y disminuye la posibilidad de obtener un resultado no deseado, de acuerdo con el estado de los conocimientos. En términos generales, se refiere a la habilidad de ubicar y organizar los elementos y/o recursos de un sistema sanitario con el propósito de alcanzar los mejores resultados posibles en el ámbito de la salud y la calidad de vida para los pacientes y usuarios. (6)

En este sentido, la dificultad radica en la identificación de los resultados deseados y el que debe especificarlos, dado que pueden ser numerosos para los pacientes (tanto para una perspectiva individual, en espera de una disponibilidad adecuada de servicios médicos, la competencia adecuada de los especialistas y una conversación eficiente entre individuos), profesionales de la salud (contexto individual enfocada en el aspecto técnico), como para la administración y las organizaciones sanitarias (contexto comunitaria enfocada al aspecto técnico).(6)

En los últimos años han surgido varias iniciativas para el desarrollo de indicadores de calidad asistencial con la finalidad de detectar y planificar cambios para la mejora continuada de las unidades de VIH. A este respecto, en el año 2010 el Grupo Español de Estudio de SIDA (GeSIDA) definió una lista de 66 indicadores basados en las guías de práctica clínica del mismo grupo de trabajo. De estos 66 indicadores, 22 fueron considerados como relevantes y que GeSIDA entiende que su aplicación es recomendable en todas las unidades de atención de personas viviendo con VIH.

(4)

Se consideraron indicadores relevantes aquellos que todas las unidades de VIH deben tener en cuenta, ya que afectan a la práctica asistencial de la mayoría de pacientes, lo que facilita la toma de decisiones de gestión clínica. La mayoría de ellos se fundamentan en recomendaciones de nivel A, fundamentadas en estudios aleatorizados, y se evidencian en diversas guías nacionales e internacionales.(5)

Se llevó a cabo un estudio de Diseño y validación de la calidad de atención en el año 2018, basándose en la evidencia científica de pacientes VIH positivos de un centro hospitalario de segundo nivel de la Secretaría de salud. El estudio se llevó a cabo en la Unidad de servicios de atención integral Hospitalaria para pacientes VIH positivos e ITS del Instituto de Salud del Estado de México; Hospital General de Atizapán. La investigación se centró en el diseño y validación de indicadores de calidad de la atención de pacientes VIH/positivos utilizando el método RAND/UCLA seguido de la utilización de indicadores validados para evaluar la calidad de atención.

La elaboración y validación de los indicadores condujo a un total de 22 indicadores que permitieron valorar la calidad de la atención de pacientes VIH/positivos mediante una orientación multidisciplinaria.

Los indicadores se clasificaron en cinco grupos y cuatro subgrupos: 1) Atención médica [1.1 interrogatorio (1 parámetro); 1.2 estudio de laboratorio (9 parámetros); 1.3 tratamiento (4 parámetros)]; 2) Atención de problemas nutricionales (1 parámetro); 3) Atención de problemas psicológicos (2 parámetros); 4) Atención por trabajo social (2 parámetros); y 5) Indicadores de resultados [5.1 retención en tratamiento antirretroviral (2 parámetros) y 5.2 supresión virológica (1 parámetro)]

### **1.2.1. Pregunta de investigación**

¿Cuál es la calidad de la atención sanitaria que reciben los pacientes con infección VIH de la unidad de atención integral del Paciente Viviendo con VIH del Hospital General Enrique Garcés?

## **1.3. Objetivos**

### **1.3.1 Objetivo General**

Describir la calidad de atención sanitaria que reciben los pacientes con infección VIH de la unidad de atención integral del Paciente Viviendo con VIH del Hospital General Enrique Garcés, mediante los indicadores de calidad basados en la evidencia científica

### **1.3.2. Objetivos específicos**

Determinar la frecuencia de pacientes que se le aplicó la encuesta SMAQ para adherencia al tratamiento

Identificar la frecuencia de paciente que este registrado la solicitud de estudios de laboratorio como función hepática, perfil lipídico, creatinina, VDRL, etc.

Conocer la frecuencia de paciente que reciben profilaxis con Trimetoprim/sulfametoxazol para infecciones oportunistas como Pneumocystis Jirovecii y/o Toxoplasma

Determinar la frecuencia de pacientes que se le realizo tamizaje de depresión y que fueron derivados a salud mental

#### **1.4. Hipótesis**

En particular en este estudio de tipo descriptivo no se requiere una hipótesis de estudio.

## CAPITULO II

### 2. MARCO TEORICO

#### 2.1 Definición

La palabra calidad proviene etimológicamente del latín *qualitas* o *qualitatis*, que significa perfección. El diccionario de la Real Academia Española la define como «propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo, que permiten juzgar su valor». En esta definición se concibe a la calidad como un atributo o característica que distingue a personas, bienes y servicios. (6)

La definición de calidad de la atención se introdujo desde la época pasada. Entre los innovadores en este campo se encuentran Ignaz Semmelweis, Florence Nightingale y Ernest Codman, y otras personas. En el año 1980, Avedis Donabedian formulo la siguiente definición: la utilización de la tecnología y la ciencia médica para optimizar sus resultados sin incrementar el peligro para la salud. En consecuencia, el nivel de excelencia más elevado implica que se desea que la atención prestada alcance un equilibrio favorable entre beneficios y riesgos.(1)

Después, en el Instituto de Medicina de los Estados Unidos (IOM) se llevó a cabo una revisión y profundización del concepto de calidad de la atención, informando que se trata del nivel en que los servicios de salud para individuos y poblaciones aumentan la probabilidad de obtener los resultados de salud deseados y son consistentes, gracias a los conocimientos médicos profesionales.(1)

Estas definiciones sobre calidad de atención de salud están de acuerdo en que los resultados finales de la atención de salud deben concretarse en beneficios de salud

para la población. A pesar de que existen múltiples conceptos de calidad de atención, se han establecido las más importantes características que deben ser abarcadas en el concepto.(1)

La exposición de la atención debe ser:

- Conforme a los progresos y el conocimiento científico.
- Proporcionar lo imperativo para población.
- Proporcionar la asistencia que satisfaga al usuario.(1)

Esta definición de calidad de la atención abarca la promoción, la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y la paliación, e implica que la calidad de la atención puede medirse y mejorarse continuamente mediante la prestación de una atención basada en datos probatorios que tenga en cuenta las necesidades y preferencias de los usuarios de los servicios: los pacientes, las familias y las comunidades. (10)

En los últimos decenios se han descrito diferentes elementos de la calidad. Actualmente hay un consenso evidente en cuanto a los servicios sanitarios de calidad, que deben ser:

- Eficaces: proporcionarán servicios de salud basados en datos probatorios a quienes los necesiten;
- Seguros: evitarán lesionar a las personas a las que dispensen atención;
- Centrados en la persona: dispensarán atención adecuada a las preferencias, las necesidades y los valores personales, en el marco de servicios sanitarios que se organizan en torno a las necesidades de la persona;

- Oportunos: reducirán los tiempos de espera y las demoras, que en ocasiones son perjudiciales, tanto para los que reciben la atención como para los que la prestan;
- Equitativos: dispensarán una atención cuya calidad no variará por motivos de edad, sexo, género, raza, etnia, lugar geográfico, religión, situación socioeconómica, idioma o afiliación política;
- Integrados: dispensarán una atención coordinada a todos los niveles y entre los distintos proveedores que facilite toda la gama de servicios sanitarios durante el curso de la vida; y
- Eficientes: maximizarán los beneficios de los recursos disponibles y evitarán el despilfarro

Muchos de estos atributos de calidad están estrechamente relacionados con principios éticos. (10)

En este sentido, la dificultad radica en la identificación de los resultados deseados y el que debe especificarlos, dado que pueden ser numerosos para los pacientes (tanto para una perspectiva individual, en espera de una disponibilidad adecuada de servicios médicos, la competencia adecuada de los especialistas y una conversación eficiente entre individuos), profesionales de la salud (contexto individual enfocada en el aspecto técnico), como para la administración y las organizaciones sanitarias (contexto comunitaria enfocada al aspecto técnico).

Por lo tanto, la calidad asistencial tiene que ser definida tanto por la comunidad científica como por el profesional sanitario, el paciente, la sociedad y los gestores sanitarios; siendo sus objetivos prioritarios prestar una asistencia sanitaria acorde

al estado de la ciencia (medicina basada en la evidencia); lograr cuidados apropiados a las necesidades de los pacientes; asegurar la continuidad de los cuidados y lograr que los cuidados satisfagan al paciente.

Varios son los motivos para obtener la calidad en la atención sanitaria; tanto de carácter ético (todos los ciudadanos tienen derecho al máximo nivel de salud y todos los profesionales tienen la responsabilidad de garantizar la calidad de la atención que brindan); seguridad (reducir los peligros de cualquier cambio); social (debe procurar al ciudadano la igualdad, el acceso, la continuación, la idoneidad y varias características de la atención sanitaria); económicos (la atención sanitaria conlleva una utilización amplia de recursos limitados) y legal.

No obstante, además de estas causas, el desarrollo de la sociedad también requiere la excelencia, lo cual genera nuevas expectativas y demandas. El ciudadano aguarda el asesoramiento médico, no solo su habilidad para tratar, evitar enfermedades y fomentar la salud, sino también su habilidad para gestionar los instrumentos disponibles, que intervenga en el marco ético que integre valores individuales y colectivos, capaz de tomar decisiones y establecer comprensión con los diversos participantes.

Con respecto a la calidad total es fundamental realizar análisis de la calidad asistencial con la finalidad de mejorar; lo cual significa hacer juicios de valor sobre elementos concretos de la atención sanitaria este cuadro se equipará ante un referente, norma o criterio. En definitiva, se trata de saber qué medir para mejorar, cómo medirla, qué nivel se quiere alcanzar y si se mantienen los niveles de calidad. Para ello se emplean criterios, indicadores y estándares. (11)

Se puede evaluar la calidad de atención a través de tres niveles:

- El Macro (sistemas de salud);
- El Meso (el gobierno, la delegación);
- El Micro (los institutos de salud o prestadores).

La evolución a nivel macro permite aportar conocimiento del rendimiento del sistema de salud, la eficacia de su actuación para alcanzar un estado ideal de salud para la población. De igual manera, deja detectar discrepancias vigentes entre la realidad actual de salud de una población y el porcentaje máximo de atención. En relación a los establecimientos de salud y a los proveedores, la evaluación de la calidad posibilita la gestión de los prestadores al gobierno, financiadores y a la población. En este contexto, resulta crucial identificar los obstáculos y ejecutar mejoras en la prestación de los servicios.(1)

El análisis de la calidad se efectúa en función de la opinión del paciente y/o posible usuario, así como de la perspectiva del profesional de salud, los departamentos y/o políticos. La presente afirmación explica la existencia de múltiples marcos conceptuales, lo que obstaculiza la medición y comparación metodológica.(1)

De acuerdo con Donabedian, existen 2 elementos fundamentales que conforman la calidad de la atención: el aspecto interpersonal y el técnico. El asunto técnico se refiere a la experiencia, insumos y destreza empleados por los profesionales para la atención de la salud. En el ámbito personal, el equipo médico colabora socialmente con el usuario, proporciona información y satisface las demandas físicas y emocionales de los usuarios en función de sus gustos y expectativas. Este tipo de atención también ha sido conocido como "atención enfocada en el paciente".(1)

La calidad se relaciona con varios aspectos del acto médico, que incluye satisfacer o superar las expectativas de los pacientes mediante acciones basadas en el conocimiento y la tecnología médicas, así como en los principios éticos y legales, a fin de lograr los resultados deseados, reducir los indeseados y con un costo socialmente soportable.

La calidad de la atención médica tiene tres dimensiones:

- La técnica, seguir la mejor estrategia que la ciencia actual hace posible;
- Los aspectos interpersonales, que se establecen en la relación médico-paciente, con el objeto de lograr la mayor satisfacción del usuario con pleno respeto de su autonomía y preferencias, y
- El ambiente de los servicios, relativa a aquellos aspectos de las áreas de atención que las hacen agradables y confortables para el paciente y sus familiares.

La calidad depende de la estructura, esto es, de los recursos que tenemos, y de la forma en que organizamos esos recursos depende el proceso, esto es, todo lo que le hacemos al paciente y depende evidentemente del resultado que se obtiene. La mayor cantidad de problemas de calidad no se da por falta de recursos, sino por problemas en el proceso. (12)

## **2.2 Indicadores de calidad: características clave**

Los indicadores se definen como una herramienta de medición que se puede utilizar para monitorear y evaluar la calidad de importantes funciones de gobernanza, gestión, clínicas y de apoyo. Proporcionan una base cuantitativa para los médicos, organizaciones y planificadores con el objetivo de lograr una mejora en la atención y en los procesos mediante los cuales se brinda la atención al paciente. Donabedian y Fleming relacionaron indicadores con la estructura, el proceso y el resultado. (13)

Los indicadores de proceso evalúan lo que el proveedor le hizo al paciente y si estuvo bien hecho; mide las actividades y tareas en los episodios de atención del paciente. Los indicadores de resultados miden el estado de salud o los eventos que siguen a la atención y que pueden verse afectados por la atención médica. En general, tanto el proceso como el resultado pueden ser medidas válidas de calidad. Para que un resultado se considere una medida válida de calidad, debe estar estrechamente relacionado con los procesos de atención que pueden manipularse para afectar el resultado. (13)

Del mismo modo, para que un proceso sea una medida válida de calidad, debe estar estrechamente relacionado con un resultado que le importe a la gente. En muchos casos, hay múltiples factores que contribuyen a la supervivencia y el resultado de salud de un paciente. En esos casos, es útil que las medidas de resultado se ajusten por factores como las características psicosociales, los factores del estilo de vida y la gravedad de la enfermedad, si queremos hacer comparaciones justas. El ajuste del riesgo es útil para controlar los factores de confusión que podrían contribuir al indicador de resultado (13)

Para cada indicador de calidad es importante verificar si cumple con los requisitos de calidad como validez, confiabilidad, relevancia y aplicabilidad, evidencia basada y la flexibilidad de obtener los datos del indicador. La Agencia para la Investigación y la Calidad de la Atención Médica (AHRQ) utiliza los siguientes métodos para identificar, seleccionar y valorar la calidad de los Indicadores de calidad para pacientes hospitalizados: validez aparente, precisión, sesgo mínimo, validez de constructo, fomenta la mejora real de la calidad y la aplicación, principalmente para determinar la fiabilidad y validez de un indicador de calidad. (13)

### **2.3 Calidad de atención en persona que viven con VIH**

Desde el descubrimiento de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) hemos sido testigos de un gran progreso en los conocimientos sobre su diagnóstico y el manejo clínico y terapéutico de las personas afectadas, como demuestran las numerosas guías clínicas de las que disponemos actualmente. Sin embargo, la aplicación de indicadores o sistemas de valoración de la calidad asistencial en estos pacientes hasta hace poco tiempo era escasa. (12)

La evaluación de la calidad de la atención brindada a los pacientes con VIH / SIDA ha sido un foco importante del tema de la enfermedad del VIH / SIDA desde 1990. (13)

Agins et al. elaboró un formato de indicadores que analizan la atención clínica basado en el cribado de tuberculosis (TB), la terapia preventiva y la terapia de neumocistis. Mallor y col. han elaborado un modelo que evalúa la atención clínica mediante el recuento de CD4+, carga viral y como indicador de la evolución del paciente; mientras que Badri y Wood sugirieron la utilidad del recuento total de

linfocitos en el seguimiento de la terapia antirretroviral de gran actividad en entornos con recursos limitados. (13)

El Instituto del SIDA del departamento de salud del Estado de Nueva York emplea cinco indicadores para evaluar la excelencia de la atención clínica prestada a los pacientes con VIH / SIDA, específicamente:

- a) Manejo de la terapia antirretroviral (ARV);
- b) Seguimiento de la carga viral;
- a) Prevención intraparto del VIH;
- b) Tuberculosis Cribado y
- c) Examen pélvico.

En España, en 2010, la Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA) y el Grupo de Estudio del Sida (GESIDA), publicaron 66 indicadores recomendados a las unidades VIH para la monitorización sistemática y evaluación de la calidad de su atención.

Por lo tanto, podemos encontrar diferentes tipos de indicadores utilizados para evaluar la calidad de la atención clínica brindada a los pacientes con VIH / SIDA.(13)

## **2.4 Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)**

### **2.4.1 Definición**

El VIH es el virus de la inmunodeficiencia humana, es un retrovirus cuya epidemia provoca un cuadro clínico sindrómico de desarrollo prolongado en los seres humanos, en los años 80 se diagnosticó sus primeros casos en Estados Unidos. El

SIDA o síndrome de inmunodeficiencia adquirida, alcanza en su fase final de la enfermedad y se representa con una característica esencial, la persona presenta un recuento de linfocitos CD4 inferior a 200/nm<sup>3</sup>. (14)

Desde su aparición, la infección por VIH ha ocasionado importantes impactos negativos en la salud por su elevada morbimortalidad, siendo la novena causa de mortalidad en el mundo y la segunda por un agente infeccioso único, después de la tuberculosis. Ha sido objeto de discriminación, que en ocasiones ha estado dirigida no solo al paciente, sino también a los profesionales de la salud responsables de su atención. (15)

#### **2.4.2 Epidemiología**

Cada día, un total de 4000 individuos, entre los cuales se encuentran 1100 jóvenes, a partir de los 15 a 24 años, padecen de infección por el VIH. Si la situación actual persisten, 1.2 millones de personas se contagiaron con el VIH en 2025; tres mayor que el objetivo para 2023 de 370.000 nuevas infecciones.(16)

Situación mundial de la epidemia de VIH /sida

En su cuarta década, es evidente que la epidemia mundial del VIH es bastante diferente de la que se reconoció por primera vez entre un pequeño número de hombres que tienen sexo con hombres (HSH) en 1981. La epidemia ha llegado a todos los países y a casi todas las poblaciones del mundo. La propagación de la enfermedad ha sido particularmente alarmante en países con recursos limitados, especialmente África subsahariana y el sudeste asiático, pero continúa amenazando a otras poblaciones en Europa del Este, América Latina y el Caribe. (17)

**América Latina** en noviembre del 2020, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) reporta un aumento de casos de infección por VIH del 21% durante el periodo 2010-2019 en América Latina, un incremento de 100.000 personas con VIH en el 2010 a 120.000 personas con VIH para el 2019 y con respecto a la cifra anual de muertes relacionadas a SIDA de 37.000 en el 2019, entre los factores asociados a esta mayor prevalencia de contagios se menciona a la pandemia de COVID19, el estigma social y la desigualdad en el acceso a servicios de salud.

El Programa Conjunto de Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONU SIDA) en el 2018 expone la situación de contagio de VIH en Latinoamérica periodo 2010-2018, se observa que el país con más casos de contagios es Chile con el 34%, seguido por Bolivia con 22%, Brasil con 21% y Costa Rica con 21%. (14)

#### **2.4.3 Situación actual de la epidemia de VIH /sida en el Ecuador**

Los primeros casos de VIH en el Ecuador fueron detectados en 1984; las estimaciones realizadas por el Ministerio de Salud Pública, con el apoyo técnico de ONUSIDA, indican que para el cierre del 2020 existirán 45.0561 personas viviendo con VIH -PVV en el país, y de estas, el grupo de edad entre 15 a 49 años es el más afectado por la epidemia, con mayor número de casos en hombres. (18)

La epidemia en Ecuador es de tipo concentrada, en grupos de población clave (GPC), con una mayor prevalencia en hombres que tienen sexo con hombres (HSH) 16,5% en Quito y 11,2% en Guayaquil, y mujeres transfemeninas (MTF) 34,8% en Quito y 20,7% en Guayaquil. (18)

Se estima que en el Ecuador habido alrededor de 19.674 fallecidos por causas relacionadas al sida. Desde el año 2005, que la tasa de mortalidad relacionada con

Sida alcanzo 4.5 por cada 100.000, a pesar que la respuesta nacional a la epidemia ha ido incluyendo estrategias que han mejorado el diagnóstico, el tratamiento antirretroviral y el seguimiento, no se ha logrado disminuir a tasa de mortalidad. (18)

Los formuladores de políticas y los médicos se enfrentan a una laguna de evidencia para orientar las políticas sobre los estándares para la atención ambulatoria del VIH. (Structure and quality of outpatient care for people living with an HIV infection). La evidencia científica necesita ser incorporada en la atención asistencial con criterios de calidad medibles y homogéneos. (19)

En el contexto actual de progresos técnicos y la limitación de los recursos públicos, resulta imperativo diseñar una atención sanitaria que se sustente en principios de equidad y calidad. Por consiguiente, es imperativo asegurar el cumplimiento de unos estándares adecuados. En este contexto, resulta sumamente relevante establecer criterios de calidad que se sustenten en la evidencia científica más reciente que permitan identificar el seguimiento y la eficacia de los cuidados de salud recomendados en estos pacientes.(20)

## CAPITULO III

### 3. MATERIALES Y METODOS

**3.1 Diseño de la investigación:** Estudio observacional, descriptivo transversal.

**3.2 Población y Muestreo:** con una población de 1400 pacientes de la cual se tomará una muestra de 303 PVV la cual fue calculada por formula. Método de muestreo: Se aplicará un muestreo probabilístico aleatorio simple sin reemplazo, con lo cual, se considerará a todos los participantes potenciales. En la figura 1 se muestra la formula aplicada para el cálculo de la muestra.

Figura 1. Fórmula de cálculo de muestra

#### Cómo calcular el tamaño de muestra para una población finita

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

**n** = Tamaño de muestra buscado

**N** = Tamaño de la Población o Universo

**z** = Parámetro estadístico que depende el Nivel de Confianza (NC)

**e** = Error de estimación máximo aceptado

**p** = Probabilidad de que ocurra el evento estudiado (éxito)

**q** = (1 - p) = Probabilidad de que no ocurra el evento estudiado

### 3.3 Criterios de selección

#### 3.3.1. Criterios de inclusión

- Todos los pacientes atendidos en la unidad de atención integral de PVV del Hospital General Enrique Garcés

#### 3.3.2. Criterios de exclusión

- Gestante diagnosticada de infección por el VIH en el momento del parto

- Pacientes transferidos a otra unidad de salud.

### 3.4. Operacionalización de las variables

#### 3.4.1. Variables en la investigación

- Realización de encuesta SMAQ
- Realización de solicitud de laboratorios (perfil lipídico, perfil hepático, VDRL, CD4 etc.)
- Profilaxis con Trimetoprim/sulfametoxazol
- Realización de tamizaje de depresión
- Pacientes derivados a salud mental
- Variables demográficas
  - Edad
  - Sexo
  - El último grado escolar de paciente
  - Ocupación

### 3.5 Matriz de operacionalización de variables

Variable	Definición Conceptual	Indicador	Escala	Tipo de Variable	Medida Estadística
<i>Variables demográficas</i>					
Sexo	Conjunto de las peculiaridades que caracterizan los individuos de una especie dividiéndolos en masculinos y femeninos, y hacen posible una	Fenotipo	1 = Masculino 2 = Femenino	Cualitativa (Nominal Dicotómica)	Frecuencias absolutas y relativas

Variable	Definición Conceptual	Indicador	Escala	Tipo de Variable	Medida Estadística
	reproducción que se caracteriza por una diversificación genética.				
Edad	La edad está referida al tiempo de existencia de alguna persona, o cualquier otro ser animado o inanimado, desde su creación o nacimiento, hasta la actualidad.	Años	18 a 30 años 31 a 45 años 46 a 60 años 61 a 75 años > 75 años	Cuantitativa discreta	Medidas de tendencia central (media) y de dispersión (rango, desviación estándar)
Nivel educativo	Aprendizaje formal en escuelas, colegios, universidades	Ordinal	1. Ninguna 2. Primaria 3. Secundaria 4. Superior	Cualitativa	Frecuencia absoluta y relativa (porcentaje)
Ocupación	conjunto de trabajos cuyas principales tareas y funciones se caracterizan por un alto grado de similitud	nominal	1. Actividades del hogar 2. Trabajadores no calificados (obrero, limpieza de casa, personal de intendencia, camarera) 3. Trabajo semi-calificado	Cualitativa	Frecuencia absoluta y relativa (porcentaje)

Variable	Definición Conceptual	Indicador	Escala	Tipo de Variable	Medida Estadística
			o (ej. Empleada administrativa) 4. Trabajo calificado o (ej. Profesional) 5. Desempleado 6. Pensionado(a) o jubilado(a) 7. Estudiante 8. Otros		
Registro de realización de tamizaje de depresión	La depresión es muy frecuente en la población VIH (hasta el 50% en ciertos grupos de enfermos; entre 2 y 3 veces más frecuente que en población general)	nominal	1. Si 2. No	Cualitativo	Frecuencia absoluta y relativa (porcentaje)
Registro de referencia a psicología/psiquiatría	bienestar emocional, psicológico y social de una persona.	Nominal	1. Si 2. No	Cualitativa	Frecuencia absoluta y relativa (porcentaje)
Se ha solicitado la realización de exámenes de la función hepática (niveles de transaminasas: AST, ALT, bilirrubina)	es un tipo de prueba exploratoria que consiste en la toma de muestras biológicas de un paciente para su posterior análisis en laboratorio	Nominal	1. Si 2. No	Cualitativa	Frecuencia absoluta y relativa (porcentaje)
Registro de solicitud de creatinina	es un tipo de prueba exploratoria que consiste en la toma de muestras biológicas de un	Nominal	1. Si 2. No	Cualitativo	Frecuencia absoluta y relativa (porcentaje)

Variable	Definición Conceptual	Indicador	Escala	Tipo de Variable	Medida Estadística
	paciente para su posterior análisis en laboratorio				
Registro de solicitud de perfil lipídico (triglicéridos, colesterol total, HDL, LDL)	es un tipo de prueba exploratoria que consiste en la toma de muestras biológicas de un paciente para su posterior análisis en laboratorio	nominal	1. Si 2. No	Cualitativo	
Se procede a la solicitud de conteo absoluto de CD4+ y carga viral	Los CD4 son glóbulos blancos que combaten infecciones y desempeñan un papel importante en el sistema inmunitario  La carga viral se informa como el número de copias de VIH en un mililitro de sangre (copias/mL).	nominal	Se le realizo 1. Si 2. No	cualitativa	Frecuencia absoluta y relativa (porcentaje)
ingreso de solicitud de serología para Hepatitis B	es un tipo de prueba exploratoria que consiste en la toma de muestras biológicas de un paciente para su posterior análisis en laboratorio	Nominal	1. Si 2. No	Cualitativo	Frecuencia absoluta y relativa (porcentaje)
ingreso de solicitud de serología para Hepatitis C	es un tipo de prueba exploratoria que consiste en la toma de muestras biológicas de un paciente para su posterior análisis en laboratorio	Nominal	1. Si 2. No	Cualitativo	Frecuencia absoluta y relativa (porcentaje)
Registro de solicitud de exámenes para tuberculosis (radiografía de tórax, y prueba de Mantoux o derivado proteico purificado[PPD])	Enfermedad bacteriana infecciosa, potencialmente grave, que afecta principalmente a los pulmones.	Nominal	1. Si 2. No	cualitativo	Frecuencia absoluta y relativa (porcentaje)
Registro de solicitud de examen de serológica para la detección de sífilis	es un tipo de prueba exploratoria que consiste en la toma de muestras biológicas de un	Nominal	1. Si 2. No	Cualitativa	Frecuencia absoluta y relativa (porcentaje)

Variable	Definición Conceptual	Indicador	Escala	Tipo de Variable	Medida Estadística
	paciente para su posterior análisis en laboratorio				
Registro de la adherencia al tratamiento	Un registro es el espacio físico o virtual donde se deja constancia de un hecho, o el acto de hacer lo mismo. Esto, con el fin de que terceras personas y las autoridades competentes estén informadas al respecto	Encuesta	Cuestionario SMAQ	Cualitativa	Frecuencia absoluta y relativa (porcentaje)
Registro de inicio de profilaxis con Trimetoprim/sulfamet oxazol	Se conoce como profilaxis a la prevención de enfermedades, a través de tratamientos preventivos.	nominal	1. Si 2. No	Cualitativa	Frecuencia absoluta y relativa (porcentaje)

### 3.6 Procedimientos de recolección de información

**3.6.1 Instrumento de recolección:** la recolección de información se realizará mediante el instrumento para la revisión de historias clínicas; Diseñado y validado en la Unidad de servicio de atención integral Hospitalaria para pacientes VIH/positivos e ITS del Hospital General de Atizapán del estado de Mexico; empleando la metodología RAND/UCLA. (Anexo 1).

**3.6.2 Ejecución de la encuesta:** la información de las historias clínicas será dada de forma anonimizada según lo dispuesto en Artículo 16 del Acuerdo Ministerial Nro. 0015-2021, "Reglamento para la aprobación, desarrollo, vigilancia y control de investigaciones observacionales y estudios de intervención en seres humanos", publicado en

el Registro Oficial - segundo Suplemento N° 573 el 9 de noviembre del 2021, por lo que no se realizará encuesta ni consentimiento informado.

### **3.6.3 Plan de análisis de datos:**

La base de datos será parametrizada y homogenizada en Microsoft Excel 2019, la cual, será extrapolada al software estadístico IBM SPSS 25.0, para el procesamiento final de datos.

#### **3.6.3.1 Análisis Univariado:**

Las variables cualitativas (ordinales y nominales) serán analizadas mediante frecuencias absolutas y relativas; y, expresadas según corresponda en tablas o gráficos. Las variables cuantitativas se analizarán con medidas de tendencia central (media o mediana) y dispersión (desviación estándar y rango). Los resultados serán expresados en tablas acorde amerite.

#### **3.6.3.2 Análisis Bivariado:**

El estudio es descriptivo no requiere estudio bivariado

### **3.7 Aspectos bioéticos y de género**

La información de las historias clínicas será dada de forma anonimizada según lo dispuesto en Artículo 16 del Acuerdo Ministerial Nro. 0015-2021, "Reglamento para la aprobación, desarrollo, vigilancia y control de investigaciones observacionales y estudios de intervención en seres humanos", publicado en el Registro Oficial - segundo Suplemento N° 573 el 9 de noviembre del 2021,

#### **3.7.1 Propósito**

El presente estudio en pacientes con infección VIH de la unidad de atención integral de PVV del Hospital General Enrique Garces, busca investigar la calidad de atención asistencial basado en indicadores con recomendación grado A; para mejorar la atención en los pacientes

### **3.7.2 Procedimiento**

Esta investigación no involucra ningún tipo de intervención experimental con los pacientes del estudio, de manera que no implica ningún riesgo para estos o el investigador.

Este protocolo será presentado al departamento de docencia e investigación del Hospital General Enrique Garces, así como al comité de titulación del departamento de Postgrado de la facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador (PUCE), previo a su autorización.

### **3.7.3 Confidencialidad de la información**

Con el objetivo de salvaguardar la confidencialidad de los pacientes incluidos en esta investigación, se mantendrá los principios establecidos en la declaración de Helsinki, en no compartir datos personales que identifiquen a los mismos. La información será procesada y analizada únicamente por el grupo de investigadores con fines académicos.

### **3.7.4 Género:**

Tanto el sexo como el género son factores determinantes de la salud. El sexo de una persona afecta tanto a las necesidades sanitarias específicas de cada sexo, como a sus experiencias de problemas de salud y reacciones a los medicamentos. El sexo y

el género interactúan para influir en otros aspectos de la salud y el bienestar de las personas, como los riesgos medioambientales y laborales, los comportamientos de riesgo, el acceso a los servicios sanitarios y su utilización, y las capacidades de las personas para tomar decisiones acerca de su propia salud; en el estudio se respetará la autodenominación de cada paciente.

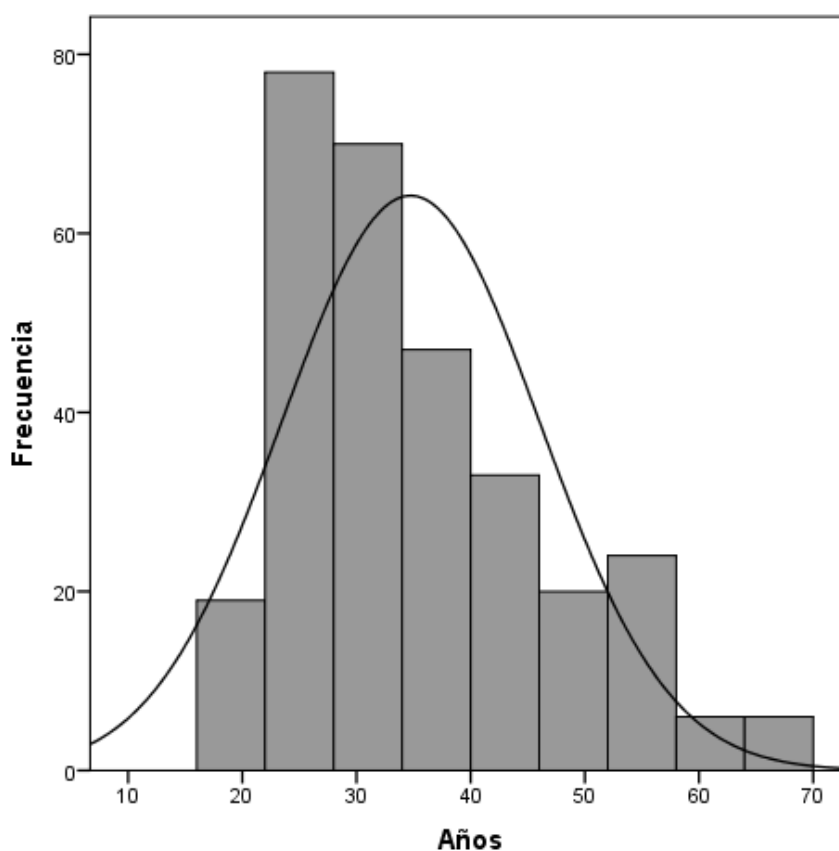
## CAPÍTULO IV

### 4. RESULTADOS

#### 4.1 Descripción de la población

Se recopiló la información de 303 pacientes que viven con VIH, con un promedio de edad de 34,7 años (DE: 11,3 años). Mediana de edad: 32 años. Edad mínima: 17 años. Edad máxima: 68 años. de acuerdo a la prueba de Kolmogorov-Smirnov, la edad no tuvo una distribución normal (KS;  $p < 0,001$ ). En el gráfico 1 se muestra el histograma de edad.

*Gráfico 1. Distribución de la edad. Pacientes que viven con VIH. Unidad de atención integral al paciente viviendo con VIH del Hospital General Enrique Garcés (n=303)*



Fuente: Instrumento de recolección de datos.  
Elaborado por: Diego Quinche (2023).

En la Tabla 1 se describe la población analizada. Se observa un predominio de los pacientes con hasta 50 años (n=265; 87,5%), de sexo masculino (n=234; 77,2%). Con respecto al nivel de instrucción, fue secundario en 145 pacientes (47,9%) y, el 23,4% tenía un trabajo semicalificado (n=71), mientras que el 20,4% (n=62) tenía un empleo no calificado. Ver tabla 1.

*Tabla 1. Características generales. Pacientes que viven con VIH. Unidad de atención integral al paciente viviendo con VIH del Hospital General Enrique Garcés (n=303)*

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Edad		
≤ 50 años	265	87,5
> 50 años	38	12,5
Sexo		
Hombre	234	77,2
Mujer	69	22,8
Orientación sexual		
Homosexual	120	39,6
Bisexual	52	17,2
Heterosexual	131	43,2
Instrucción		
Ninguna	11	3,6
Primaria	49	16,2
Secundaria	145	47,9
Superior	98	32,3
Ocupación		
Actividades del hogar	33	10,9
Trabajo no calificado	62	20,4
Trabajo semicalificado	71	23,4
Calificado	42	13,9
Desempleado	32	10,6
Pensionado	1	0,3
Estudiante	28	9,2
Otros	34	11,2
<b>Total</b>	<b>303</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Instrumento de recolección de datos.  
Elaborado por: Diego Quinche (2023).

En la Tabla 2 La edad de inicio de vida sexual se registró en el 90,1% (n=273) de los casos. En promedio, los pacientes analizados comenzaron su vida sexual a los 15 años (DE: 5,7 años). En el 6,6% de los casos, esto se produjo antes de los 13 años (n=20). La orientación sexual más frecuente fue la heterosexualidad (n=131; 43,2%).

*Tabla 2. Inicio de la vida sexual. Pacientes que viven con VIH. Unidad de atención integral al paciente viviendo con VIH del Hospital General Enrique Garcés (n=303)*

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Registro de edad de inicio de la vida sexual		
Sí	273	90,1
No	30	9,9
Edad de inicio de la vida sexual		
≤ 12 años	20	6,6
≥ 13 años	253	83,5
No registrado	30	9,9
Orientación sexual		
Homosexual	120	39,6
Bisexual	52	17,2
Heterosexual	131	43,2
<b>Total</b>	<b>303</b>	<b>100,0</b>

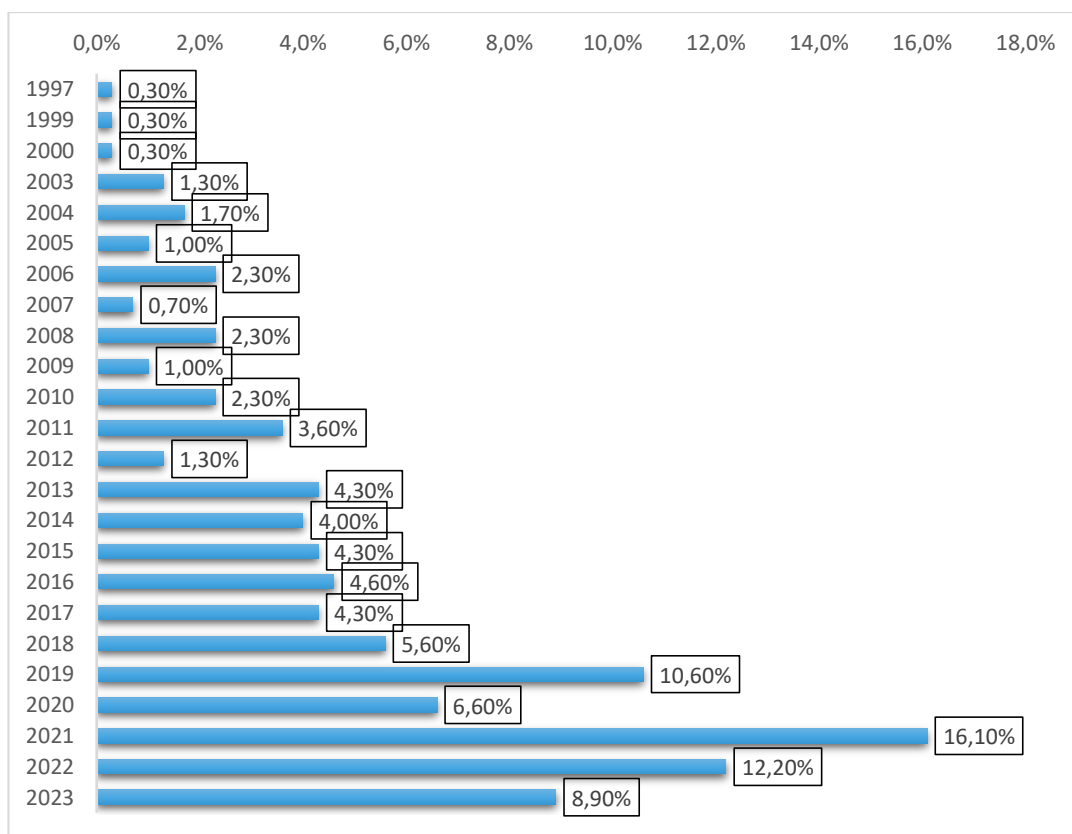
Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Elaborado por: Diego Quinche (2023).

#### **4.2 Fecha de primera serología**

En el gráfico 2 se muestran las fechas en las que los pacientes, se realizaron las primeras serologías de diagnóstico de infección de por VIH. En los años 1997, 1999 y 2000 se realizó el 0,3% respectivamente. El año de mayor porcentaje de serologías fue el 2021 (16,1%).

Gráfico 2 Año en que se realizó la primera serología. Pacientes que viven con VIH. Unidad de atención integral al paciente viviendo con VIH del Hospital General Enrique Garcés (n=303)

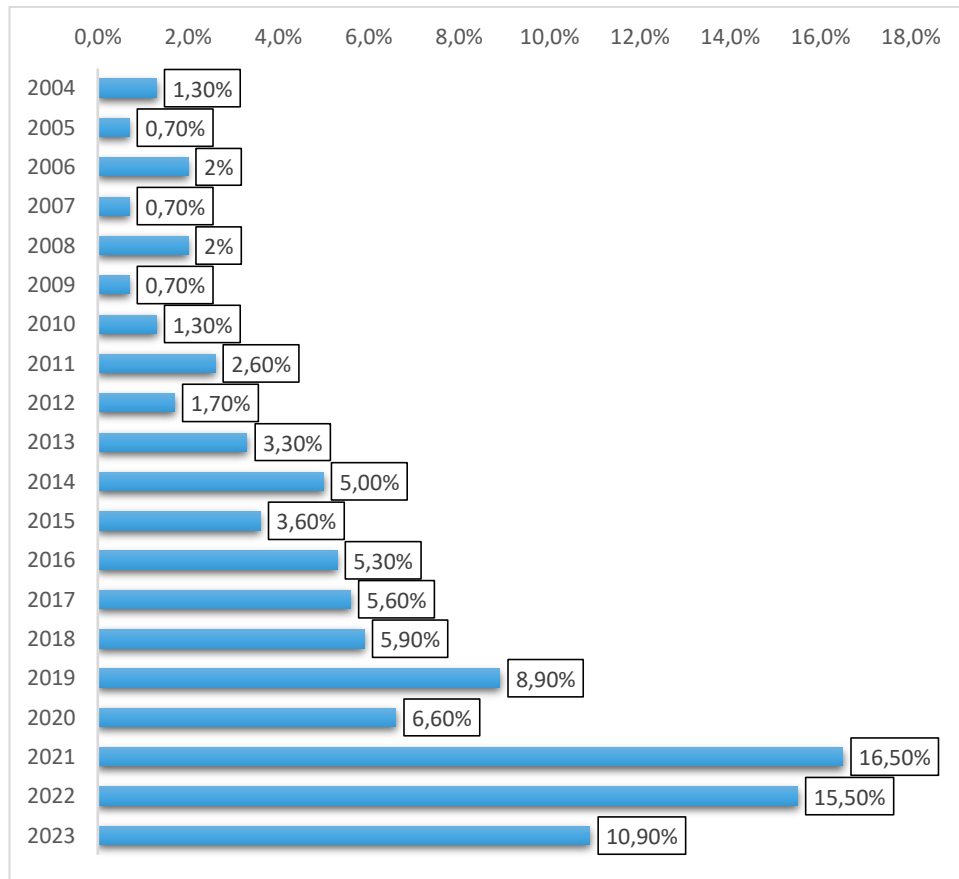


Fuente: Instrumento de recolección de datos.  
Elaborado por: Diego Quinche (2023).

### 4.3 Fecha de primera cita

En el gráfico 3. Se muestra año de primera cita en unidad de atención integral del Hospital General Enrique Garcés, en la que el mayor registro fue en el 2021 con el 16.5%; seguida en el año 2022 con el 15.5 y en el 2023 con el 10.9%

Gráfico 3. Año en que se realizó la primera cita. Pacientes que viven con VIH. Unidad de atención integral al paciente viviendo con VIH del Hospital General Enrique Garcés (n=303)



Fuente: Instrumento de recolección de datos.  
Elaborado por: Diego Quinche (2023)

#### 4.4 Valoración de la adherencia al tratamiento con antirretrovirales

En la Tabla 3 se observa que la adherencia al tratamiento con antirretrovirales fue valorada en consultas subsecuentes en solamente el 3% de los pacientes (n=9).

Tabla 3. Valoración de la adherencia al tratamiento con antirretrovirales. Pacientes que viven con VIH. Unidad de atención integral al paciente viviendo con VIH del Hospital General Enrique Garcés (n=303)

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Valoración de la adherencia al tratamiento		
Sí	9	3,0
No	294	97,0
<b>Total</b>	<b>303</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Instrumento de recolección de datos.  
Elaborado por: Diego Quinche (2023).

#### 4.5 Solicitud de exámenes complementarios

En la Tabla 4; al analizar los registros de solicitud de exámenes de laboratorio, se encontró que estos fueron: pruebas de función hepática (n=293; 96,7%), creatinina sérica y perfil lipídico (n=300; 99,0% en cada caso), conteo de linfocitos TCD4 (n=301; 99,3%), serología de Hepatitis B y Hepatitis C (n=297; 98,0%), tamizaje de tuberculosis (n=150; 49,5%) y serología VDRL (*Venereal Disease Research Laboratory*) (n=299; 98,7%). Ver Tabla 4.

Tabla 4. Registro de solicitud de exámenes de laboratorio. Pacientes que viven con VIH. Unidad de atención integral al paciente viviendo con VIH del Hospital General Enrique Garcés (n=303)

<b>Registro de solicitud de exámenes de laboratorio</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Pruebas de función hepática		
Sí	293	96,7
No	10	3,3
Creatinina		
Sí	300	99,0
No	3	1,0
Perfil lipídico		
Sí	300	99,0
No	3	1,0
Conteo de linfocitos TCD4+		

Sí	303	100
No	0	0
Serología para Hepatitis B		
Sí	297	98,0
No	6	2,0
Serología de Hepatitis C		
Sí	297	98,0
No	6	2,0
Tamizaje de tuberculosis		
Sí	150	49,5
No	153	50,5
Serología VDRL		
Sí	299	98,7
No	4	1,3
<b>Total</b>	<b>303</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Instrumento de recolección de datos.  
Elaborado por: Diego Quinche (2023).

#### 4.6 Resultados de exámenes complementarios

En la Tabla 5; se observa que fueron positivas las serologías de Hepatitis B en el 11,6% de los casos (n=35), las de Hepatitis C en el 1% (n=3). Las pruebas de tuberculosis fueron positivas en el 8,9% de los pacientes (n=27), mientras que la serología VDRL fue positiva en el 22,4% (n=68)

*Tabla 5. Resultados de exámenes de laboratorio. Pacientes que viven con VIH. Unidad de atención integral al paciente viviendo con VIH del Hospital General Enrique Garcés (n=303)*

<b>Resultados de exámenes de laboratorio</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Serología para Hepatitis B		
Positiva	35	11,6
Negativa	261	86,1
No registro	7	2,3
Serología de Hepatitis C		
Positiva	3	1,0
Negativa	293	96,7
No registro	7	2,3

Prueba de Tuberculosis		
Positivo	27	8,9
Negativo	122	40,3
No registro	154	50,8
Serología VDRL		
Positivo	68	22,4
Negativo	230	75,9
No registro	5	1,7
<b>Total</b>	<b>303</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Elaborado por: Diego Quinche (2023).

El conteo de linfocitos TCD4 inicial, en promedio fue 268,8 células/mm<sup>3</sup> (DE: 206,6 células/mm<sup>3</sup>). La carga viral inicial, en promedio fue 284 622,9 copias/ml (DE: 727 265,7 copias/ml). Ver Tabla 6.

*Tabla 6. Resultados de conteo de linfocitos TCD4 y Carga viral. Pacientes que viven con VIH. Unidad de atención integral al paciente viviendo con VIH del Hospital General Enrique Garcés (n=303)*

	<b>Linfocitos CD4 (Células/cm<sup>3</sup>)</b>	<b>Carga viral (copias/cm<sup>3</sup>)</b>
Mediana	220,0	46 500,0
Promedio	268,8	284 622,9
Desviación estándar	206,6	727 265,7
Mínimo	3,0	0,0
Máximo	950,0	6 497 130,0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Elaborado por: Diego Quinche (2023).

#### 4.7 Profilaxis con Trimetropim Sulfametoxazol (TMP/SMX) frente a enfermedades oportunistas en pacientes con CD4+ inicial menor a 200 células

De los 303 pacientes del estudio; 138 (45.5%) tuvieron conteo inicial de CD4+ menor a 200 células, de los cuales el 100% recibieron profilaxis con TMP/SMX. Ver Tabla 7.

Tabla 7. Uso de profilaxis con TMP/SMX como profilaxis frente a enfermedades oportunistas (*Jirovecii* o *Toxoplasma*). Pacientes que viven con VIH. Unidad de atención integral al paciente viviendo con VIH del Hospital General Enrique Garcés (n=303)

	Frecuencia	Porcentaje
Profilaxis con TMP/SMX		
Sí	138	45,5
<b>Total</b>	<b>138</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Instrumento de recolección de datos.  
Elaborado por: Diego Quinche (2023).

#### 4.8 Tamizaje de depresión

Con respecto al tamizaje de depresión, se realizó en el 34% de los pacientes (n=103). Este dato se obtuvo de la base de datos recibida del Hospital General Enrique Garcés

Al analizar los síntomas, se observó que el síntoma más frecuente fue el nivel de ánimo bajo, que incluye consternación, tristeza, melancolía, pesadumbre, desesperanza, desampara, apatía y falta de iniciativa; que se constató en 103 pacientes (34%). Ver Tabla 7.

Otros síntomas como la disminución de la capacidad para disfrutar de actividades previamente placenteras; así como la disminución de la atención y concentración se presentaron en 3 pacientes respectivamente (n=3; 1,0%). En un caso se registraron

pensamientos o actos suicidas (n=1; 0,3%). La sospecha de depresión se registró en 103 pacientes lo que representa el 34,0% del total y, estos fueron referidos a servicios de salud mental (psicología o psiquiatría). Ver Tabla 8.

*Tabla 8. Tamizaje de depresión y derivación a salud mental. Pacientes que viven con VIH. Unidad de atención integral al paciente viviendo con VIH del Hospital General Enrique Garcés (n=303)*

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Tamizaje de depresión		
Sí	103	34,0
No	200	66,0
Síntomas de depresión		
Estado de ánimo bajo	100	33,0
Pérdida de la capacidad para disfrutar actividades previamente placenteras	1	0,3
Disminución de la atención y concentración	1	0,3
Pensamiento o actos suicidas	1	0,3
Ninguno	200	66,0
Registro de sospecha de depresión		
Sí	103	34,0
No	200	66,0
Registro de referencia al equipo de salud mental		
Sí	103	34,0
No	200	66,0
<b>Total</b>	<b>303</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Instrumento de recolección de datos.  
Elaborado por: Diego Quinche (2023).

## CAPÍTULO V

### 5. DISCUSIÓN

Los servicios de atención médica juegan un papel fundamental en las condiciones de vida de las personas en sociedad, la calidad ligada a este tipo de servicios es una parte imprescindible para el funcionamiento correcto de cada área de atención en salud. En el presente estudio se ha valorado una serie de parámetros ligados al manejo de pacientes con el diagnóstico positivo por la infección del virus de inmunodeficiencia humana (VIH).

Los pacientes atendidos en el Hospital Enrique Garcés durante el periodo de estudio presentaron ciertas características sociodemográficas entre ellas un predominio del sexo masculino con más del 70% de la muestra, la mayor parte de individuos eran menores de 50 años, en su mayoría presentaban estudios al menos de nivel secundario y en aproximadamente el 50% de los casos en funciones laborales, resultados que tienen bastante similitud a los obtenidos por Chuan Janeth en su tesis realizada en el año 2021 que valoró calidad de la atención percibida por los pacientes con VIH durante el periodo de la pandemia por COVID 19, en el mismo se describe que el 66.5% del total de participantes (n=171) tenían entre 20 y 40 años de edad mientras que no existieron pacientes menores de 20 años y solo el 8.2% se encontraban en el grupo etario entre 60 y 69 años. En esta muestra analizada el 100% tuvieron estudios existiendo mayor número de personas con estudios secundarios (38.6%), mientras que las condiciones laborales no fueron estudiadas por la autora (7).

La orientación sexual que se observó con mayor frecuencia en este estudio fue la heterosexualidad (n=131, 43.2%) lo cual discrepa con los resultados de Cobas Planchez y colaboradores que en un estudio epidemiológico en pacientes con VIH en La Habana, Cuba, muestran que la mayor parte de pacientes con esta patología infectocontagiosa fueron hombres homosexuales con una frecuencia absoluta de 403 que representa aproximadamente un 62%, también cabe destacar que el inicio de relaciones sexuales de forma precoz constituye un factor de riesgo descrito por muchos autores: Pineda et al muestran que el 40% de los estudiantes con diagnóstico de VIH iniciaron su vida sexual a los 14 años mientras que en otro grupo de similares características pero sin la existencia de VIH el promedio de inicio de la actividad sexual fue a los 16 años, por tanto, se podría inferir que a menor edad existe mayor predisposición a infectarse, por diversas causas. En este último aspecto los resultados obtenidos por la presente investigación arrojan que el promedio de inicio de la vida sexual de los participantes fue a los 15 años encontrando el 6.6% antes de los 13 años. (8,9)

En cuanto al año de realización de la primera serología positiva para VIH en el estudio, se registran desde el año 1997 con el 0.3% con el mayor registro en el 2021 con el 16.10%; lo llamativo son las fechas en las que los pacientes acuden a primera cita en la unidad de atención integral teniendo registros a partir del año 2004 lo cual no está acorde a los indicadores de calidad que actualmente se emplean. Pero en este punto, con la información disponible no se pudo diferenciar aquellos que en realidad tuvieron su primera consulta de aquellos que han recibido atención en otras UAI del país y fueron transferidos al HGEG o de aquellos que abandonan y retoman el control médico posteriormente; además que la unidad de atención integral para

paciente VIH del Hospital General Enrique Garcés inicia actividades como tal en marzo del 2003 por lo que no se contaría con registros previos a este año.

Von Wichmann et al en el año 2010 dentro de su estudio sobre indicadores de calidad en la atención a pacientes infectados con VIH/SIDA describe que el intervalo de tiempo entre la atención inicial diagnóstica en nivel de atención primaria y la consulta de seguimiento ya en un nivel especializado debe ser de como máximo 30 días lo cual es imprescindible para proporcionar una atención de la más alta calidad, dicho estatuto no se cumple en la población de estudio pues en muchos casos especialmente en las décadas pasadas no se realizaba una referencia adecuada a servicios especializados o simplemente el usuario no asistió a su cita en un nivel de atención secundario. (21)

Un aspecto cuyo resultado invita a una mejoría de la calidad de atención fue la valoración de la adherencia al tratamiento antirretroviral pues en solo 3% de los pacientes atendidos en las consultas subsecuentes se ejecutó la encuesta SMAQ, por lo que no es posible definir si cada usuario realmente sigue con las pautas indicadas para su manejo terapéutico; sin embargo, mediante las cargas virales periódicas, el registro de retiro en farmacia, y la asistencia a las consultas se podría estimarse el grado de adherencia al tratamiento.

Delgado Mejía et al en el año 2017 en su análisis sobre indicadores de calidad apoya las ideas descritas por Von Wichmann et al, en ambos grupos de investigadores plantean que para conseguir un estándar de atención correcto en el manejo de pacientes que parezcan esta enfermedad es obligatorio que se realice la encuesta antes mencionada al menos en el 95% del total de atendidos, cabe recalcar que en ambas investigaciones se describe una valoración de la adherencia teniendo en

cuenta el registro farmacéutico de entrega de medicación o incluso el registro de prescripción del facultativo de la salud. Con esto se puede definir cuál es la necesidad de seguimiento ambulatorio e incluso manejo en el hogar. (4,21)

La disponibilidad para la realización de los exámenes de laboratorio es otro de los requerimientos para conseguir una atención de alto nivel, Von Wichmann et al dentro del indicador 2 valorado dentro de su investigación definen como estándar que se debe poder realizar los estudios básicos como: el conteo de Linfocitos CD4, las carga viral de cada individuo y la realización de pruebas para la determinación de resistencias genotípicas, esta última no se tiene registro de que haya sido realizada en el centro de atención al paciente VIH del Hospital Enrique Garcés. En este punto es válido señalar que el Ministerio de Salud Pública no dispone de esta prueba (la resistencia genotipo) y, cuando se realiza, en laboratorios externos a la red pública, es demorado, lo que no resulta factible para realizar cambios de tratamiento.

No obstante, sí existe la indicación de las dos primeras pruebas en todos los pacientes incluidos en el estudio y existen resultados de laboratorio de cada una de las pruebas de seguimiento en su mayoría por encima del 95%, excepto el tamizaje de tuberculosis que solo se le realizó al 49.5% (n=150). Es importante señalar que el Ministerio de Salud Pública no dispone de ciertas pruebas (Mantoux o PPD) y, cuando se realiza, en laboratorios externos a la red pública, es demorado. (21)

De los resultados de laboratorio obtenidos en la primera valoración, el recuento de linfocitos CD4+ y la determinación de la carga viral plasmática se realizaron en el 100% de los pacientes del estudio; los valores promedio de CD4+ fueron de 268,8 células/mm<sup>3</sup> y en cuanto a carga viral inicial fue de 284 622.9 copias/ml.

De los 303 (100%) pacientes del estudio; 138 (45.5%) tuvieron conteo inicial de CD4+ menor a 200 células, los cuales el 100% recibieron profilaxis con TMP/SMX. lo cual se cumple con estatutos de estudios realizados a nivel global. Duque Largo en su tesis publicada en el año 2023 realizó un estudio de revisión bibliográfica encontrando que en la actualidad se ha evidenciado un incremento de la incidencia de neumonía este germen oportunista cuando los pacientes no son tratados de forma profiláctica, de hecho, se recomienda en las guías revisadas un uso prioritario de profilaxis en todo paciente que presente conteos de linfocitos CD4 por debajo de los 200 células/ $\mu$ L. (22)

El cribado de cuadros depresivos asociados a la enfermedad de base se realizó en el 31.7% (n=96) de los individuos estudiados en esta investigación, pero al mismo tiempo se describe que durante las atenciones se identificaron síntomas asociados a la depresión en 100 participantes aproximadamente el 33% los cuales fueron atendidos y referidos a la unidad de salud mental, no obstante no se alcanza el estándar de calidad definido por Von Wichmann et al quienes refieren que al 70% de los pacientes se les debe realizar un cribado de este tipo de alteraciones de la salud mental. (21)

## **5.1 Limitaciones**

En el desarrollo del estudio se identificaron ciertas limitaciones como la necesidad de realizar un análisis de mayor complejidad, así como definir según guías internacionales, cuáles son los estándares de atención para pacientes prioritarios como son los que parecen VIH/SIDA.

Otra limitación radica en que se realizan pocas encuestas de adherencia al tratamiento, y esta se determina por métodos indirectos, por lo que sería beneficioso implementar esta práctica en la atención a estos pacientes.

## CAPITULO VI

### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### 6.1 Conclusiones

- Durante el estudio se identificaron indicadores que cumplen la meta que sugiere la evidencia científica en cuanto a calidad de la atención. De forma general, se cumple con los estándares de atención a los pacientes con VIH.
- Del total de pacientes solo al 3% se les ha realizado el test de SMAQ, por tanto, no se ha valorado la adherencia al tratamiento antirretroviral con este instrumento; sin embargo, se realiza esto de forma indirecta, mediante la vigilancia de la carga viral plasmática, el retiro de medicamentos de la farmacia y la asistencia a consultas.
- En la mayor parte de pacientes existe un registro de solicitud de exámenes de laboratorio y en todos los casos fueron realizadas en más del 95% de los pacientes excepto en el caso del tamizaje de tuberculosis, que se indicó en el 49.5% (n=150); teniendo en cuenta que el Ministerio de Salud Pública no dispone de ciertas pruebas (Mantoux o PPD).
- La profilaxis con TMP/SMX se indicó en el 100% de los pacientes con conteo inicial de linfocitos CD4+ < 200 células/  $\mu$ L
- El tamizaje de depresión fue realizado en el 31.7 % (n=96) del total de participantes, sin embargo, se realizó la referencia al servicio de salud mental al 34% (n=103).

## **6.2 Recomendaciones**

- Se recomienda implementar un protocolo de manejo personalizado a los pacientes VIH/SIDA, según la normativa internacional, pero contextualizado a la realidad del Ministerio de Salud Pública del Ecuador.
- Se sugiere incrementar el uso del SMAQ en la evaluación de la adherencia al tratamiento en los pacientes con VIH/SIDA en el Hospital General Enrique Garcés, esto puede realizarlo el personal de enfermería capacitado, para no sobrecargar al médico en consulta.
- El ministerio de salud pública disponga de pruebas de tamizaje para tuberculosis (PPD) para los pacientes que se atienden en las unidades de atención integral de la red de salud pública
- Es recomendable sensibilizar al personal médico acerca de la importancia de la atención en salud mental de estos pacientes, mediante el incremento del tamizaje de depresión y otros trastornos del estado de ánimo, como parte de la atención multidisciplinaria.

## 7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Luna Mireles Y. Diseño y validación de indicadores de la calidad de atención basada en la evidencia científica de pacientes vih-positivos, de un hospital de segundo nivel de la secretaría de salud [Internet] [Tesis de Maestría]. [México]: Instituto Nacional de Salud Pública; 2018. Available from: <https://catalogoinsp.mx/files/tes/LunaMireles.pdf>
2. Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA). Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA). 2012 [cited 2023 Dec 4]. La calidad de la atención sanitaria en pacientes vih y sida. Propuesta de indicadores de atención farmacéutica al paciente VIH y SIDA | Sociedad Española de Calidad Asistencial. Available from: <https://calidadasistencial.es/la-calidad-de-la-atencion-sanitaria-en-pacientes-vih-y-sida-propuesta-de-indicadores-de-atencion-farmaceutica-al-paciente-vih-y-sida/>
3. Ministerio de Salud Pública. Boletín anual: vih/sida y expuestos perinatales [Internet]. Ecuador: Ministerio de Salud Pública; 2019 [cited 2023 Dec 4] p. 1–10. Available from: [https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/11/gaceta\\_vih\\_2019-1.pdf](https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/11/gaceta_vih_2019-1.pdf)
4. Delgado-Mejía E, Frontera-Juan G, Murillas-Angoiti J, Campins-Roselló AA, Gil-Alonso L, Peñaranda-Vera M, et al. Indicadores de calidad asistencial de GeSIDA para la atención de personas infectadas por el VIH/sida asociados a mortalidad e ingreso hospitalario. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica* [Internet]. 2017 Feb 1 [cited 2023 Dec 4];35(2):67–75. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213005X16301094>
5. Riera M, Esteban H, Suarez I, Palacios R, Lozano F, Blanco JR, et al. Validación

- y cumplimentación de los indicadores de calidad GESIDA en pacientes con infección por el VIH. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica* [Internet]. 2016 Jun 1 [cited 2023 Dec 4];34(6):346–52. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213005X15003201>
6. Coronado-Zarco R, Cruz-Medina E, Hernández SIM, Hernández AA, Bringas TIN. El contexto actual de la calidad en salud y sus indicadores. *Rev Mex Med Fis Rehab*. 2013;25(1):26–33.
7. Chuan Ibañez JR. Calidad de atención en pandemia COVID -19 percibida por usuarios externos de estrategia sanitaria VIH/SIDA en Hospital Regional Lambayeque 2021. *Repositorio Institucional - UCV* [Internet]. 2021 [cited 2023 Dec 4]; Available from: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/63490>
8. Pineda LTO, Díaz AP, Orbegozo LV. Social support and sexual risk behaviors among diagnosed and undiagnosed HIV / AIDS adolescents in Cali, Colombia. 2010;(31).
9. Susana Gabriela Cabrera Alonso, Zaida Arteta Dalchiele, Juan José Meré Rouco, Fiorella Cavalleri Ferrari. Calidad de vida relacionada a la salud en personas con VIH y factores asociados. *RMU* [Internet]. 2018 Mar 1 [cited 2023 Dec 4];34(1). Available from: <http://www.rmu.org.uy/revista/2018v1/art2.pdf>
10. World Health Organization (WHO). World Health Organization (WHO). 2020 [cited 2023 Dec 4]. *Servicios sanitarios de calidad*. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/quality-health-services>
11. Conde Ma TM, Boquet EM, Verdugo RM. Indicadores para la calidad asistencial y la atención farmacéutica al paciente VIH+. *Farmacia Hospitalaria* [Internet]. 2013 [cited 2023 Dec 5];37(4):276–85. Available from:

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=365961323010>

12. Medecigo LEG, Díaz EGG, 547271, 3025137, cvu, rn. Calidad de la atención médica: la diferencia entre la vida o la muerte. Quality of health care: the difference between life or death [Internet]. 2012 Aug 1 [cited 2023 Dec 5]; Available from: <https://www.ru.tic.unam.mx/xmlui/handle/123456789/2047>

13. Catumbela E, Certal V, Freitas A, Costa C, Sarmiento A, da Costa Pereira A. Definition of a core set of quality indicators for the assessment of HIV/AIDS clinical care: a systematic review. BMC Health Services Research [Internet]. 2013 Jun 28 [cited 2023 Dec 5];13(1):236. Available from: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-236>

14. Tumbaco-Quirumbay JA, Durán-Pincay YE. VIH/Sida en Ecuador: Epidemiología, comorbilidades, mutaciones y resistencia a antirretrovirales. Dominio de las Ciencias [Internet]. 2021 Jul 2 [cited 2023 Dec 5];7(3):341–54. Available from: <https://dominiodelasciencias.com/ojs/index.php/es/article/view/1997>

15. Terán R, Araujo V, Celi A, Gómez A, Ceballos N, Suaste K, et al. Prevención, diagnóstico y tratamiento de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en embarazadas, niños, adolescentes y adultos. Guía de Práctica Clínica 2019 [Internet]. Ecuador: Ministerio de Salud Pública; 2019 [cited 2023 Dec 5]. Available from: [https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/06/gpc\\_VIH\\_acuerdo\\_ministerial05-07-2019.pdf](https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/06/gpc_VIH_acuerdo_ministerial05-07-2019.pdf)

16. Organización de Naciones Unidas. En peligro: Actualización mundial sobre el sida 2022. 2022;

17. UpToDate. UpToDate. 2021 [cited 2023 Dec 5]. Global epidemiology of HIV

infection. Available from: [https://www.uptodate.com/contents/global-epidemiology-of-hiv-infection?search=GlobalAIDS&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/global-epidemiology-of-hiv-infection?search=GlobalAIDS&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1)

18. Ministerio de Salud Pública. Boletín Anual de VIH/sida Ecuador -2020 [Internet]. Ecuador: Ministerio de Salud Pública; 2020 [cited 2023 Dec 5]. Available from: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2021/06/Boletin-anual-VIH-Ecuador-2020.pdf>

19. GESIDA. Indicadores de calidad asistencial de gesida para la atención de personas que viven con el vih [Internet]. España: Grupo de Estudio del Sida; 2021 [cited 2023 Dec 5]. Available from: [https://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2021/04/indice\\_calidad\\_Guia\\_GeSIDA.pdf](https://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2021/04/indice_calidad_Guia_GeSIDA.pdf)

20. Riera M, Esteban H, Suarez I, Palacios R, Lozano F, Blanco JR, et al. Validación y cumplimentación de los indicadores de calidad GESIDA en pacientes con infección por el VIH. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica* [Internet]. 2016 [cited 2023 Dec 5];34(6):346–52. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0213005X15003201>

21. von Wichmann MÁ, Locutura J, Blanco JR, Riera M, Suárez-Lozano I, Saura RM, et al. Indicadores de calidad asistencial de GESIDA para la atención de personas infectadas por el VIH/sida. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica* [Internet]. 2010 Nov 1 [cited 2023 Dec 6];28:6–88. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213005X10700483>

22. Duque Largo LV, Escobar Salcedo JA, Gutiérrez Potes MM, Quiceno Ortiz YO, Suaza Rengifo AD. Profilaxis e incidencia de la neumonía por *Pneumocystis*

Jirovecii en pacientes VIH [Internet] [bachelor thesis]. Medicina; 2023 [cited 2023 Dec 6]. Available from: <https://repositorio.uceva.edu.co/handle/20.500.12993/3594>

## ANEXOS

### Anexo 1



Pontificia Universidad  
Católica del Ecuador

**FORMATO DE RECOLECCION DE INFORMACION A TRAVÉS DE REVISION DE EXPENDIENTES CLINICOS  
CALIDAD DE ATENCION EN SALUD EN PERSONAS VIVIENDO CON EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA  
HUMANA**

Llenar con base a la revisión de expediente del paciente con diagnóstico establecido de VIH. Favor colocar la respuesta en los espacios correspondientes

Para solución de dudas que puedan surgir en esta encuesta puede comunicarse con Diego Quinche (Investigador) al 0986450809, o al correo electrónico: dief87quinche@gmail.com

FECHA .....

Nombre del Evaluador: \_\_\_\_\_

1. Edad del paciente	[   ] Años cumplidos	2. Sexo 1. Hombre 2. Mujer	[   ]
3. Nivel de Instrucción 1. Ninguna 2. Primaria 3. Secundaria 4. Superior 5. Posgrado	[   ] Grado	4. Ocupación 1. Actividades del hogar 2. Trabajadores no calificados (obrero, limpieza de casa, personal de intendencia, camarera) 3. Trabajo semi-calificado (ej. Empleada administrativa) 4. Trabajo calificado (ej. Profesional) 5. Desempleado 6. Pensionado(a) o jubilado(a) 7. Estudiante 8. Otros _____ _____	[   ] Ocupación
5. ¿Fecha de la primera cita del/la paciente en el servicio de infectología?   _ _ _ _ _ _ _ _  Día Mes Año	[   ] Año	6. Año en el que/la paciente tuvo su primera serología positiva para el VIH	[   ] Año
7. Especifique si en la primera consulta de/la paciente está registrada la edad de inicio de su vida sexual  1. Si 2. No	7. [   ]  8. [   ] Edad	9. Especifique si en la primera consulta de/la paciente esta registrado el número de parejas sexuales que tuvo en el último año 1. Si 2. No	9. [   ]  10. [   ]
8. En caso afirmativo, especifique la edad de inicio de su vida sexual registrada		10. En caso de ser afirmativo, especifique el número registrado de parejas sexuales que tuvo el/la paciente en el último año	

<p>11. Especifique si en la primera consulta de/la paciente está registrado el número de parejas sexuales que tuvo en el último mes</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Si</li> <li>2. No</li> </ol> <p>12. En caso de ser afirmativo, especifique el número registrado de parejas sexuales que tuvo el/la paciente en el último mes</p>	<p>11. [ ]</p> <p>12. [ ]</p>	<p>13. Especifique si en la primera consulta de/la paciente está registrada su orientación sexual</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Si</li> <li>2. No</li> </ol> <p>14. En caso de ser afirmativo, especifique el tipo de la orientación sexual registrada</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Homosexual</li> <li>2. Bisexual</li> <li>3. Heterosexual</li> <li>4. Transgénero</li> </ol>	<p>13. [ ]</p> <p>14. [ ]</p>
<p>15. Especifique si en la primera consulta de/la paciente está registrada sus prácticas sexuales</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Si</li> <li>2. No</li> </ol> <p>16. En caso de ser afirmativo, especifique el tipo de prácticas sexuales registradas (puede marcar más de una opción)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Vaginal</li> <li>2. Oral</li> <li>3. Anal</li> </ol>	<p>15. [ ]</p> <p>16. [ ]</p> <p>[ ]</p> <p>[ ]</p>	<p>17. Especifique si en la primera consulta de/la paciente está registrado si conoce o no el estado de VIH de su(s) pareja(s) sexual(es) (VIH positivo, VIH negativo)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Si</li> <li>2. No</li> </ol>	<p>17. [ ]</p>
<p>18. En caso de ser afirmativo, especifique cual es el estado de VIH de su pareja sexual actual</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. VIH-positivo</li> <li>2. VIH-negativo</li> </ol>	<p>18. [ ]</p>	<p>19. Especifique si en la primera consulta del/la paciente está registrado el empleo del condón en su última relación sexual</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Si</li> <li>2. No</li> </ol> <p>20. En caso de ser afirmativo, especifique el empleo del condón en su última relación sexual</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Siempre</li> <li>2. Casi siempre</li> <li>3. A veces</li> <li>4. Casi nunca</li> <li>5. Nunca</li> </ol>	<p>19. [ ]</p> <p>20. [ ]</p>
<p>21. Especifique si en la primera consulta del/la paciente está registrado el empleo del condón durante el mes previo a la consulta</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Si</li> <li>2. No</li> </ol> <p>22. En caso de ser afirmativo, especifique el empleo del condón durante el mes previo a la consulta</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Siempre</li> <li>2. Casi siempre</li> <li>3. A veces</li> <li>4. Casi nunca</li> <li>5. Nunca</li> </ol>	<p>21. [ ]</p> <p>22. [ ]</p>	<p>23. Especifique si en la primera consulta de/la paciente está registrado la realización del tamizaje de depresión a través de la búsqueda intencional de los siguientes síntomas</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Estado de ánimo bajo (consternación, tristeza, melancolía y pesadumbre, desesperanza desamparo, apatía, falta de iniciativa y/o irradiación)</li> <li>2. Pérdida de capacidad para disfrutar actividades previamente placenteras</li> <li>3. Pérdida de energía o fatiga, con una reducción significativa del nivel de actividad</li> </ol> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Si</li> <li>2. No</li> </ol>	<p>23. [ ]</p>
<p>24. En caso de ser afirmativo, especifique el tipo de síntomas registrados (puede marcar más de una opción)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Estado de ánimo bajo (consternación, tristeza, melancolía y pesadumbre, desesperanza desamparo, apatía, falta de iniciativa y/o irradiación)</li> <li>2. Pérdida de capacidad para disfrutar actividades previamente placenteras</li> </ol>	<p>24. [ ]</p> <p>[ ]</p> <p>[ ]</p>	<p>25. Especifique si el/la paciente registra 2 inasistencias consecutivas a sus consultas mensuales</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. SI</li> <li>2. No</li> </ol>	<p>25. [ ]</p>

<p>3. Pérdida de energía o fatiga, con una reducción significativa del nivel de actividad</p>			
<p>26. En caso de ser afirmativo, especifique si el personal de trabajo social registro la reprogramación de cita mensual</p> <p>1. Si 2. No</p>	<p>26. [ ]</p>	<p>27. Especifique si durante la consulta inicial o subsecuente del/la paciente se registró la presencia de uno o más de los siguientes síntomas (puede marcar más de una opción):</p> <p>1. Estado de ánimo bajo (consternación, tristeza, melancolía y pesadumbre, desesperanza desamparo, apatía, falta de iniciativa y/o irradiación) 2. Pérdida de capacidad para disfrutar actividades previamente placenteras 3. Pérdida de energía o fatiga</p> <p>Con dos o más de los síntomas complementarios:</p> <p>4. Disminución de la atención y concentración 5. Pérdida de la confianza en sí mismo y sentimiento de inferioridad 6. Pensamientos o actos suicidas o autoagresiones 7. Trastornos del sueño (insomnio o hipersomnia) 8. Alteraciones en el apetito y peso 9. Idea de culpa y de ser inútil</p>	<p>27.</p> <p>1. [ ] 2. [ ] 3. [ ] 4. [ ] 5. [ ] 6. [ ] 7. [ ] 8. [ ] 9. [ ]</p>
<p>28. En caso de ser afirmativo, especifique si en la consulta donde se registraron los síntomas anteriormente mencionados el médico registro el diagnóstico de sospecha de depresión</p> <p>1. Si 2. No</p> <p>29. En caso de ser afirmativo (en algún de las dos preguntas anteriores o ambas), especifique si está registrada la referencia al servicio de psicología/psiquiatría:</p> <p>1. Si 2. No</p>	<p>28. [ ]</p> <p>29. [ ]</p>	<p>30. Especifique la talla del/la paciente</p> <p>31. Especifique si en todas las consultas tienen registrado el peso del/la paciente</p> <p>1. Si 2. No</p> <p>32. En caso de ser negativo, ¿Cuántas consultas en un año, no tiene registrado el peso el/la paciente?</p> <p>33. Especifique fechas y los resultados de las mediciones de peso registrados en 1 año. Obtenga el IMC de cada consulta</p> <p>Consulta 1: Fecha  _ _ _ _ _ _ _ _  Día Mes Año Peso registrado:  _ _  Kg.</p> <p>Consulta 2: Fecha  _ _ _ _ _ _ _ _  Día Mes Año Peso registrado:  _ _  Kg.</p> <p>Consulta 3: Fecha  _ _ _ _ _ _ _ _  Día Mes Año Peso registrado:  _ _  Kg.</p> <p>Consulta 4: Fecha  _ _ _ _ _ _ _ _  Día Mes Año Peso registrado:  _ _  Kg.</p>	<p>30. [ ] Centímetros</p> <p>31. [ ]</p> <p>32. [ ]</p> <p>33.</p> <p> _  IMC consulta 1</p> <p> _  IMC consulta 2</p> <p> _  IMC consulta 3</p> <p> _ </p>

		<p>Consulta 5: Fecha   _ _ _ _ _ _ _ _   Día Mes Año  Peso registrado:  _ _  Kg.</p> <p>Consulta 6: Fecha   _ _ _ _ _ _ _ _   Día Mes Año  Peso registrado:  _ _  Kg.</p> <p>34. Calcula el IMC para cada uno de los pesos registrados en las consultas durante 1 año y especifique si uno de ellos es &lt;18.5kg/m2 o &gt;25kg/m2</p> <p>1. Si  2. No</p> <p>35. En caso de ser afirmativo, especifique si en la consulta donde por primera vez aparece el IMC &lt;18.5kg/m2 o &gt;25kg/m2 o en alguna de las consultas subsecuentes el/la paciente fue referido(a) al servicio de nutrición</p> <p>1. Si  2. No</p>	<p>IMC consulta 4   _ _ </p> <p>IMC consulta 5   _ _ </p> <p>IMC consulta 6   _ _ </p> <p>34. [ ]</p> <p>35. [ ]</p>
<p>36. Especifique si en la primera consulta (cuando se trata del paciente de primera vez) o al menos en una consulta del año, del/la paciente subsecuente está registrado la solicitud para pruebas de función hepática (niveles de transaminasas: AST, ALT, ALP y bilirrubina)</p> <p>1. Si  2. No</p>	36. [ ]	<p>37. Especifique si en la primera consulta (cuando se trata del paciente de primera vez) o al menos en una consulta del año, del/la paciente subsecuente está registrado la solicitud de examen creatinina</p> <p>1. Si  2. No</p>	37. [ ]
<p>38. Especifique si en la primera consulta (cuando se trata del paciente de primera vez) o al menos en una consulta del año, del/la paciente subsecuente está registrado la solicitud de perfil de lípidos (triglicéridos, colesterol total, c-HD, c-LDL)</p> <p>1. Si  2. No</p>	38. [ ]	<p>39. Especifique si en la primera consulta del/la paciente está registrado la solicitud de conteo absoluto y porcentual de linfocitos CD4 y carga viral</p> <p>1. Si  2. No</p> <p>40. En caso afirmativo, especifique el resultado del conteo absoluto y porcentual de linfocitos CD4 de primera vez</p> <p>41. En caso afirmativo, especifique el resultado de la carga viral de primera vez</p>	<p>39. [ ]</p> <p>40. _____</p> <p>Conteo absoluto y porcentual de CD4 de primera vez</p> <p>41. _____</p> <p>Carga viral de primera vez</p>
<p>42. Especifique si en la primera consulta (cuando se trata del paciente de primera vez) o al menos en una consulta del año, del/la paciente subsecuente está registrado la solicitud/realización de serología para Hepatitis B</p> <p>1. Si  2. No</p>	42. [ ]	<p>44. Especifique si en la primera consulta (cuando se trata del paciente de primera vez) o al menos en una consulta del año, del/la paciente subsecuente está registrado la solicitud/realización de serología para Hepatitis C</p> <p>1. Si  2. No</p> <p>45. En caso afirmativo, especifique cuál es el resultado serológico de VHC del/la paciente</p>	<p>44. [ ]</p> <p>45. [ ]</p>

<p>43. En caso afirmativo, especifique cuál es el resultado serológico de VHB del/la paciente</p> <p>1. VHB-positivo 2. VHB-negativo</p>	<p>43. [ ]</p>	<p>1. VHC-positivo 2. VHC-negativo</p>	
<p>46. Especifique si en la primera consulta del/la paciente está registrado la solicitud de estudios para tuberculosis (radiografía de tórax y prueba de Mantoux o Derivado proteico purificado-PPD)</p> <p>1. Si 2. No</p> <p>47. En caso de ser afirmativo, especifique cuál es el diagnóstico de tuberculosis del/la paciente</p> <p>1. Positivo 2. Negativo</p>	<p>46. [ ]</p> <p>47. [ ]</p>	<p>48. Especifique si en la primera consulta (cuando se trata del paciente de primera vez) o al menos en una consulta del año, del/la paciente subsecuente está registrado la solicitud/realización de prueba serológica para la detección de sífilis (VDRL)</p> <p>1. Si 2. No</p> <p>49. En caso de ser afirmativo, especifique cuál es el diagnóstico para sífilis del/la paciente</p> <p>1. Positivo 2. Negativo</p>	<p>48. [ ]</p> <p>49. [ ]</p>
<p>50. Especifique si en la consulta en la que se realizó el diagnóstico positivo de VIH el/la paciente tiene registrado en el expediente el inicio de TARV</p> <p>1. Si 2. No</p> <p>En caso negativo, especifique:</p> <p>51. La fecha de diagnóstico</p> <p>52. La fecha de inicio de TARV</p>	<p>50. [ ]</p> <p>51_____</p> <p>Fecha de diagnóstico</p> <p>52_____</p> <p>Fecha de inicio de TARV</p>	<p>53. Especifique si en todas las consultas subsecuentes del/la paciente está registrado la valoración de adherencia al TARV</p> <p>1. Si 2. No</p>	<p>53. [ ]</p>
<p>54. Especifique si el/la paciente cuenta con más de 6 meses de TARV</p> <p>1. Si 2. No</p> <p>55. En caso afirmativo, especifique si en las consultas subsecuentes del/la paciente está registrado la solicitud de por lo menos dos conteos absolutos y porcentuales de linfocitos CD4</p> <p>1. Si 2. No</p> <p>56. Especifique si en las consultas subsecuentes del/la paciente está registrado la solicitud de por lo menos dos cargas virales</p> <p>1. Si 2. No</p>	<p>54. [ ]</p> <p>55. [ ]</p> <p>56. [ ]</p>	<p>57. Especifique si en las consultas subsecuentes el/la paciente tiene registradas dos mediciones de cargas virales consecutivas en un intervalo de 3 meses con &gt;1000 copias/ml</p> <p>1. Si 2. No</p> <p>58. En caso de ser afirmativo, especifique si el/la paciente tiene registrado la solicitud de prueba de resistencia viral (genotipo)</p> <p>1. Si 2. No</p> <p>59. En caso de ser afirmativo, especifique si el/la paciente tiene registrado el cambio de esquema TARV</p> <p>1. Si 2. No</p>	<p>57. [ ]</p> <p>58. [ ]</p> <p>59. [ ]</p>
<p>60. Especifique si en las consultas subsecuentes del/la paciente tiene registrado niveles CD4&lt;200 células /mm3 y/o un porcentaje de CD4&lt;14%</p> <p>1. Si 2. No</p>	<p>60. [ ]</p>	<p>62. En caso de los pacientes con más de 6 meses con la terapia TARV, especifique si el/la paciente tiene registrado una carga viral &lt;50 copias/ml</p> <p>1. Si 2. No</p>	<p>62. [ ]</p>

<p>61. En caso de ser afirmativo, especifique si el/la paciente tiene registrado el inicio de profilaxis con Trimetoprim/Sulfametoxazol para infecciones oportunistas (Jirovecii y/o Toxoplasmosis)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Si</li> <li>2. No</li> </ol>	<p>61. [ ]</p>		
<p>63. En caso afirmativo, especifique si el/la paciente tiene registrado la carga viral &lt;50 copias/ml durante al menos 6 meses</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Si</li> <li>2. No</li> </ol>	<p>63. [ ]</p>	<p>64. Registro de recibir la donación y/o surtimiento de condones en cada cita del año analizado.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Si</li> <li>2. No</li> </ol>	<p>64. [ ]</p>
<p>65. Numero de citas que tuvo el paciente durante el último año</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Con médico especialista en VIH-SIDA</li> <li>2. Con nutrióloga</li> <li>3. Con psicóloga</li> <li>4. Con otros profesiones de salud del hospital</li> </ol>	<p>65. [ ]</p>		