

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE ENFERMERÍA

**DISERTACIÓN DE GRADO PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE LICENCIADA EN
ENFERMERÍA**

**“FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO
ANTIRRETROVIRAL EN LOS PACIENTES CON SIDA DEL HOSPITAL “ENRIQUE
GARCÉS””**

ELABORADO POR:

JESSICA VIVIANA CISNEROS GALLARDO

QUITO, FEBRERO 2014

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a la institución que me ha formado, ya que gracias a ella he podido tener las bases necesarias para elaborar este trabajo.

A mi tía, mi madre, mi familia y amigos quienes me han apoyado incondicionalmente durante mis estudios y en la elaboración de este trabajo.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mi director de tesis, y lectoras por su guía para este trabajo, a los pacientes de la unidad de VIH-SIDA, quienes accedieron a colaborar con las encuestas y al personal que labora en la misma por abrirme las puertas y de esta manera poder realizar mi trabajo de una forma ágil, segura y sin que esto cause molestias a los usuarios.

RESUMEN

La adherencia al tratamiento antirretroviral en los pacientes que tienen SIDA, es muy importante para que los mismos mantengan una calidad de vida buena y puedan realizar sus actividades de una forma adecuada.

Los pacientes que toman este tratamiento de una forma adecuada, disminuyen la carga viral en el organismo, lo cual les ayuda a mantener estable su nivel de defensas evitando que sean presa de infecciones oportunistas que podrían terminar con sus vidas.

El nivel de cumplimiento o adherencia debe ser por lo menos del 95%; para que esto se cumpla los pacientes deben llevar un estilo de vida adecuado tomando en cuenta varios factores como el económico, social y laboral en el que se desenvuelve cada uno de ellos.

Una adherencia inadecuada por parte de los pacientes es la causa para que existan fracasos terapéuticos, y resistencia a los medicamentos.

TABLA DE CONTENIDO

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTOS.....	iii
RESUMEN.....	iv
1 CAPÍTULO 1	1
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
1.2 JUSTIFICACIÓN.....	4
1.3 OBJETIVO GENERAL	5
1.4 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	5
2 CAPÍTULO II	6
2.1 METODOLOGÍA	6
2.1.1 TIPO DE ESTUDIO	6
2.1.2 POBLACIÓN Y MUESTRA.....	6
2.1.3 PLAN DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	7
2.1.4 PLAN DE ANÁLISIS.....	7
2.1.5 HIPÓTESIS:.....	7
2.1.6 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	8
3 CAPÍTULO III	8
3.1 MARCO TEÓRICO.....	8
3.1.1 GENERALIDADES DEL SIDA	8
3.2 MANEJO Y TRATAMIENTO DEL SIDA	12
3.2.1 INDICACIONES DE TAMIZAJE.....	12
3.2.2 PERIODICIDAD	13
3.2.3 PRUEBAS DE MONITOREO.....	13
3.3 CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS DE SIDA	14
3.4 ABORDAJE INICIAL Y SEGUIMIENTO DE PVVS.....	14
3.4.1 EVALUACIÓN CLÍNICA.....	15
3.5 CUÁNDO COMENZAR EL TRATAMIENTO.....	18
3.5.1 FACTORES A SER CONSIDERADOS PARA INICIO DEL TRATAMIENTO.....	18
3.6 CLASIFICACIÓN DE LOS ANTIRRETROVIRALES EXISTENTES EN EL ECUADOR.....	19

3.7	SELECCIÓN DE UN RÉGIMEN INICIAL	20
3.7.1	CARACTERÍSTICAS DE UN RÉGIMEN ÓPTIMO	22
3.8	ADHERENCIA.....	23
3.8.1	IMPORTANCIA DE LA ADHERENCIA EN EL TRATAMIENTO ANTIRETROVIRAL	24
3.8.2	CRITERIOS DE CAMBIO DE TRATAMIENTO ANTIRETROVIRAL POR FRACASO VIROLÓGICO Y ESQUEMAS RECOMENDADOS	25
3.8.3	MANEJO DEL PACIENTE CON FALLA A MÁS DE UN ESQUEMA	27
3.8.4	TRATAMIENTO ANTIRETROVIRAL DE RESCATE	27
3.9	EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRETROVIRAL.....	28
3.10	FACTORES QUE AFECTAN LA ADHERENCIA	29
CAPÍTULO IV.....		30
4.1	RESULTADOS.....	30
4.1.1	CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO.....	30
4.1.2	ESTILOS DE VIDA DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO.....	35
4.1.3	ADHERENCIA AL TRATAMIENTO CON ANTIRETROVIRALES Y FACTORES RELACIONADOS	38
CONCLUSIONES.....		45
RECOMENDACIONES.....		46
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS		47
ANEXOS.....		51

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.	Casos nuevos y fallecimientos de personas con SIDA a nivel mundial hasta el año 2011	2
Tabla 2.	Abordaje inicial y seguimiento de los pacientes.....	6
Tabla 3.	Cuadro de inmunizaciones.....	17
Tabla 4.	Indicaciones para el inicio de la terapia antiretroviral.....	19
Tabla 5.	Esquemas de TARV recomendados según ventajas y desventajas.....	21
Tabla 6.	Recomendaciones de la OMS para el tratamiento de primera línea para adolescentes y adultos 2012.....	21
Tabla 7.	Cambio de régimen por fracaso virológico.....	26

Tabla 8. Cambio de régimen por segundo fracaso virológico.....	26
Tabla 9. Relación entre la adherencia y cumplimiento del horario para la ingesta de alimentos en los pacientes que reciben TARV en el hospital “Enrique Garcés” durante agosto y septiembre del 2013.....	38
Tabla 10. Relación entre adherencia y aceptación de Recibir el Tratamiento en los pacientes que reciben TARV en el hospital “Enrique Garcés” durante agosto y septiembre del 2013...39	39
Tabla 11. Relación entre adherencia e ingesta del TARV con tranquilidad frente a otras personas en los pacientes que reciben TARV en el Hospital “Enrique Garcés” durante agosto y septiembre del 2013.....	40
Tabla 12. Relación entre adherencia y la aceptación de la enfermedad en los pacientes que reciben TARV en el Hospital “Enrique Garcés” durante agosto y septiembre del 2013.....	40
Tabla 13. Relación entre adherencia y la disponibilidad del medicamento antiretroviral en el Hospital “Enrique Garcés” durante agosto y septiembre del 2013.....	41
Tabla 14. Relación entre adherencia y la confianza que tienen en los pacientes que reciben TARV en el hospital “Enrique Garcés” con su médico durante agosto y septiembre del 2013.....	41
Tabla 15. Relación entre la adherencia y la comunicación que tienen en los pacientes que reciben TARV en el hospital “Enrique Garcés” con su médico durante agosto y septiembre del 2013.....	42
Tabla 16 Relación entre adherencia y la necesidad de contar con la opinión médica sobre el manejo de su salud durante agosto y septiembre del 2013.....	42
Tabla 17. Relación entre adherencia y cambio de esquema de tratamiento en los pacientes que reciben TARV en el hospital “Enrique Garcés” durante agosto y septiembre del 2013.....	43
Tabla 18. Relación entre adherencia y calidad de vida actual en los pacientes que reciben TARV en el hospital “Enrique Garcés” durante agosto y septiembre del 2013.....	43

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Distribución por Edades de los pacientes que reciben TARV en el hospital “Enrique Garcés” durante los meses de agosto y septiembre del 2013.....	13
--	----

Gráfico 2. Distribución de acuerdo a la Inclinación Sexual de los pacientes que reciben TARV en el hospital “Enrique Garcés” durante los meses de agosto y septiembre del 2013.....	31
Gráfico 3. Distribución de acuerdo al apoyo que tienen los pacientes que reciben TARV en el hospital “Enrique Garcés” durante los meses de agosto y septiembre del 2013.	32
Gráfico 4. Distribución de acuerdo a la situación laboral y estabilidad que tienen los pacientes que reciben TARV en el hospital “Enrique Garcés” durante los meses de agosto y septiembre del 2013.....	33
Gráfico 5. Distribución de acuerdo al Gasto Económico que realizan los pacientes que reciben TARV en el hospital “Enrique Garcés” para retirar los medicamentos y el beneficio que obtienen de los mismos durante los meses de agosto y septiembre del 2013.....	34
Gráfico 6. Distribución de acuerdo a la accesibilidad geográfica que tienen los pacientes hasta llegar a la unidad de atención durante los meses de agosto y septiembre del 2013....	35
Gráfico 7. Distribución de acuerdo al Número de Parejas con las que mantienen relaciones sexuales los pacientes que reciben TARV en el hospital “Enrique Garcés” durante los meses de agosto y septiembre del 2013.....	36
Gráfico 8. Distribución de acuerdo al consumo de sustancias tóxicas, tipo de droga y frecuencia de consumo que mantienen los pacientes que reciben TARV en el hospital “Enrique Garcés” durante los meses de agosto y septiembre del 2013.....	36
Gráfico 1 Gráfico 9 Facilidad para adquirir otras enfermedades luego de iniciar el en los pacientes que reciben el tratamiento en el hospital TARV “Enrique Garcés”, durante los meses de agosto y septiembre del 2013.....	37

CAPÍTULO 1

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Han pasado ya 31 años desde que se detectó el primer caso de SIDA en el mundo y con ello, se han buscado fármacos y terapias antirretrovirales para combatir su rápido desarrollo en el cuerpo de las personas infectadas con la enfermedad, disminuir la morbi-mortalidad y así mejorar su calidad de vida. Existen alrededor de 20 fármacos en el mercado, los mismos que se utilizan combinados para lograr estos objetivos.

En general, todas las personas deben ser tratadas en iguales condiciones independientemente de sus inclinaciones sexuales, sus patologías, formas de vida e incluso creencias religiosas; en este caso, las personas que son portadoras de VIH y los enfermos de SIDA tienen todo el derecho a ser atendidos con calidad, eficiencia, eficacia, humanidad, sensibilidad y cariño en las instituciones no solo de salud sino también educativas y empresariales pero sobretodo en cada uno de sus hogares.

Existen muchos autores quienes han escrito sobre los derechos de las Personas que Viven con VIH/SIDA (PVVS), pero Bertha Solá manifiesta que como cualquier ser humano enfermo, quienes padecen SIDA, tienen derecho a la atención y cariño de quienes los rodean, sin temor a ser infectados y presenta un artículo en el que reúne todos los derechos de las PVVS:

- ✓ A estar informados e informar a sus parejas sexuales, ya que también es un derecho de ellas y su responsabilidad.
- ✓ A ser tratados como personas y defender sus derechos de respeto, solidaridad, amor y ayuda.
- ✓ A recibir la atención médica adecuada y oportuna, con calidad y calidez.
- ✓ A continuar en su escuela o trabajo aunque los demás sepan de su enfermedad.
- ✓ A guardar el secreto ante quienes consideren necesario.
- ✓ A no ser condicionados para trabajar, subir en transportes públicos, viajar, ingresar a un hospital, tienda, centro de diversiones, cines o cualquier otro lugar público.
- ✓ A no ser obligados, ni obligar a nadie a tener relaciones sexuales.
- ✓ A usar y que se usen medidas preventivas como el condón.
- ✓ A recibir ayuda integral, física, médica y psicológica.
- ✓ A ser tratados bien dentro de su familia.
- ✓ A expresar sus sentimientos, miedos y temores ante los demás, sin ser juzgados negativamente.
- ✓ A asumir sus responsabilidades, como parejas, esposos, padres o cualquier otro papel social que desempeñen en la vida.

- ✓ A denunciar las amenazas, violencia o discriminación ejercidas hacia ellos y ver que procedan como se haría con cualquier otra persona.
- ✓ A defender y ser respetados en sus preferencias sexuales.

La constitución ecuatoriana del 2008 expresa que: Nadie podrá ser discriminado por razones de etnia, lugar de nacimiento, edad, sexo, identidad de género, identidad cultural, estado civil, idioma, religión, ideología, filiación política, pasado judicial, condición socio-económica, condición migratoria, orientación sexual, estado de salud, portar VIH, discapacidad, diferencia física; ni por cualquier otra distinción, personal o colectiva, temporal o permanente, que tenga por objeto o resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio de los derechos. La ley sancionará toda forma de discriminación.

Tabla 1. Casos nuevos y fallecimientos de personas con SIDA a nivel mundial hasta el año 2011

LUGAR	INFECTADOS	CASOS NUEVOS	FALLECIMIENTOS
América del Norte	1.3 millones	58.000	20.000
Caribe	200.000	12.000	9.000
América Latina	1.5 millones	100.000	67.000
Europa Occidental	840.000	30.000	9.900
Europa Oriental y Asia Central	1.5 millones	160.000	90.000
Norte de África y Oriente Medio	470.000	59.000	35.000
África Subsahariana	22.9 millones	1,9 millones	1.2 millones
Asia Oriental y Pacífico	790.000	88.000	36.000
Asia Meridional y Sudoriental	4 millones	270.000	250.000
Australia y Nueva Zelanda	54.000	3.300	1.600

Autor: Jessica Cisneros
Fuente: Datos ONUSIDA

Según el The World Factbook, la incidencia en la población adulta que vive con VIH/SIDA en el Ecuador es de 0,40% hasta enero del 2012. Esta variable da una estimación del porcentaje de adultos (15-49 años) que viven con el VIH / SIDA. La tasa de prevalencia en adultos a nivel mundial según la ONUSIDA es de 35.3 millones de personas; esto se calcula dividiendo el número estimado de adultos que viven con el VIH / SIDA a finales de año por el total de la población adulta a finales de año.

En el Ecuador, existe la “Estrategia Nacional de Salud Pública para VIH/Sida-ITS”, que empezó a funcionar desde el año 1984 cuando se notificó el primer caso en de la enfermedad en el país, en la actualidad este programa cuenta con 22 Unidades de Atención

Integral a PVVS, encontrándose 7 en la ciudad de Quito. Una de ellas es el Hospital “Enrique Garcés” de Quito que cuenta con esta unidad desde marzo del 2003, en donde se cubren las necesidades de los usuarios que presentan esta enfermedad brindándoles consejería, atención médica, psicológica y el tratamiento Antirretroviral (TARV) que requieren de acuerdo a la etapa en la que se encuentran de la enfermedad. En esta institución no hay estudios relacionados con adherencia.

Debido a las políticas sanitarias instauradas en el país, la cobertura de atención para pacientes con enfermedades crónicas incluidas las PVVS es completo, con lo que se cubren las necesidades de los pacientes como tamizaje, atención médica, hospitalización, consejería, exámenes y tratamiento Antirretroviral (TARV).

Los pacientes que acuden a esta casa de salud tienen diversas características que van desde clase social alta, media y baja, así como pacientes que son amas de casa, estudiantes de colegios y universidades, maestros, oficinistas y con diversos trabajos o actividades como comerciantes, choferes, cargadores, etc.; en cuanto a sus tendencias sexuales son variadas, existen lesbianas, homosexuales, bisexuales y heterosexuales además de un bajo porcentaje de personas que consumen algún tipo de droga.

Actualmente, en unidad de atención, se encuentran recibiendo TARV 600 pacientes, de los cuales alrededor de 150 se encuentran con segundo y tercer esquema de tratamiento, esto se debe a que los pacientes no tienen una adherencia adecuada al tratamiento que consiste en llevar un estilo de vida diferente al acostumbrado y administrarse correctamente el tratamiento farmacológico; cuando esto no se cumple, se produce un aumento en su carga viral o disminución de sus células de defensa (linfocitos T CD4), por lo que no se mantienen dentro de los parámetros adecuados en los que deberían encontrarse debido a su patología.

La OPS, en el manual Experiencias Exitosas en el Manejo de la Adherencia al Tratamiento Antirretroviral en Latinoamérica, la principal causa del fracaso terapéutico es la falta de adherencia al tratamiento, lo cual está vinculado con un mayor número de ingresos hospitalarios, una mala evolución clínica, aumento de la mortalidad en los pacientes, mayor resistencia del virus a los fármacos, lo cual implica el uso de tratamientos de segunda línea y de rescate, que son frecuentemente más caros que los iniciales. Además existe un alto riesgo de transmitir las cepas resistentes a otras personas.

Según datos recogidos en la investigación denominada “La adherencia a los antirretrovirales de las personas que viven con el VIH o sida en Bolivia”, se encontró que:

- ✓ El 32% de las PVVS no cumplieron con la toma de medicamentos durante la última semana (olvido entre 1 a 5 tomas) y este porcentaje se incrementa al 50% en el último mes (olvido entre 1 a 5 tomas).
- ✓ El 24% admitió haber interrumpido completamente su tratamiento en algún momento durante 4 días hasta 6 meses.
- ✓ El 53% de las PVVS refieren que no cumplen la toma de sus medicamentos en los horarios indicados.

Entre las causas más frecuentes para el incumplimiento del tratamiento, se encuentran las siguientes:

- ✓ El 56% refiere que olvida tomar sus medicamentos ($p < 0001$).
- ✓ El 27% indica que no cumplió con el esquema de tratamiento por el consumo de bebidas alcohólicas.
- ✓ El 19% no desearon continuar el tratamiento para evitar los efectos secundarios.
- ✓ El 18% interrumpió su tratamiento por la falta de entrega de los medicamentos por parte de la entidad responsable.
- ✓ El 12% no cumplieron con el tratamiento por la elevada cantidad de tabletas.
- ✓ El 86% de las PVVS que toman TARV, indican que necesitan mayor apoyo y orientación para continuar con su tratamiento por parte del personal de salud y de sus pares.

En estos pacientes es muy importante que tengan una correcta adherencia al tratamiento, la misma que se desarrolla al pasar por varias etapas como son: la aceptación del diagnóstico, el conocimiento de la enfermedad, la necesidad de cumplir el tratamiento en forma correcta, la motivación para hacerlo, la disposición y entrenamiento de prácticas para realizarlo, la capacidad de superar las barreras o dificultades que afloran, y el mantenimiento de los logros alcanzados con el paso del tiempo.

1.2 JUSTIFICACIÓN

Desde que se inició el uso de los medicamentos Antirretrovirales, el SIDA dejó de ser un sinónimo de muerte ya que pasó de ser una enfermedad terminal a una enfermedad crónica que aumentó la esperanza de vida en los pacientes.

De acuerdo con un estudio realizado por la sicóloga Laura Valderrama, vivir con VIH o SIDA, representa tanto para el paciente como para sus familiares y amigos un proceso de

cambio que generalmente va desde la negación de tener la enfermedad hasta la aceptación de esta y vivir con su nueva realidad.

Al determinar los factores que influyen en la adherencia al TARV se pueden tomar acciones para mejorar la misma y así lograr que los pacientes mantengan una mejor calidad de vida y socialmente evitar deserciones en colegios, universidades y trabajos.

Con esta investigación se puede identificar las principales causas por las que los pacientes del Hospital “Enrique Garcés” no cumplen totalmente con los parámetros establecidos para mejorar su diario vivir, de esta manera se pueden realizar reformas en el sistema de atención, educación y consejería tanto para familiares como para las PVVS y motivarlos a cumplir de mejor manera con las normas recomendadas para aumentar la esperanza de vida en estos pacientes y reducir la mortalidad por esta causa para adaptar el esquema del TARV a los hábitos y costumbres del paciente y ampliar el grado de adherencia que presentan para mejorar su calidad de vida.

El hospital se beneficiará sobretodo económicamente debido a que con una mejor adherencia al TARV se disminuyen los costos que se producen ya que no se verá en la necesidad de adquirir medicamentos con efectos más fuertes y más caros, además se evitarán gastos por hospitalización de los pacientes debido a las recaídas que sufren. Y el país tampoco tendrá que asumir los costos mortuorios de los pacientes que en muchas ocasiones han sido marginados en sus trabajos, por sus “amigos” e incluso han sido rechazados de sus mismos hogares por lo que tienen que morir en completa soledad.

1.3 OBJETIVO GENERAL

Determinar los factores que influyen en la adherencia al Tratamiento Antirretroviral de los pacientes con SIDA del hospital “Enrique Garcés” de Quito.

1.4 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Identificar las características socio-demográficas de la población con SIDA.
- ✓ Estimar el conocimiento de los pacientes con SIDA sobre los estilos de vida recomendados.

- ✓ Relacionar estilos de vida propuestos con los identificados en la población.
- ✓ Determinar el porcentaje real de adherencia al TARV en el Hospital “Enrique Garcés”.

CAPÍTULO II

2.1 METODOLOGÍA

2.1.1 TIPO DE ESTUDIO

Debido a que se obtendrán resultados sobre un tema específico, este es un estudio de tipo cuantitativo; por lo que se aplicará la encuesta a una muestra representativa de usuarios de la unidad de atención integral de VIH/SIDA del hospital Enrique Garcés que reciben TARV; la misma que se la tomó de 600 pacientes que reciben este tratamiento y se toma una muestra de 300 usuarios del servicio, también el estudio es observacional porque no hay intervención por parte del investigador, y éste se limita a medir las variables que definen en el estudio. Además es tipo analítico y transversal porque se identificará las relaciones que existen entre dos o más variables, se aplicará la encuesta a un grupo específico de personas y se lo desarrollará en un tiempo determinado (septiembre-octubre 2013).

2.1.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

La población de este estudio es finita y está constituida por todos los pacientes que reciben tratamiento farmacológico antiretroviral en la unidad de VIH/SIDA del hospital Enrique Garcés de la ciudad de Quito que son 600 en total.

Durante el período de estudio pueden existir causas que impidan que se trabaje con el total de la población; por lo tanto se ha tomado una muestra con la que se trabajará en la investigación tomando en cuenta parámetros como: 90% de nivel de confianza, 2% de precisión, 9% de proporción, y una proporción esperada de pérdidas de 5%; todo esto bajo el total de pacientes con TARV (600), dando un resultado de 300 pacientes.

2.1.3 PLAN DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

En el presente estudio se aplicará la técnica de la encuesta cuyo instrumento es el cuestionario en el que se pide la colaboración de las personas, se encuentran preguntas de carácter particular de cada individuo, preguntas de carácter sociodemográfico, económico, etc. datos de identificación con el fin de describir las características tanto de los usuarios como de las condiciones de vida en las que viven, empatía con el equipo de salud, su trabajo, etc. Y así determinar el grado de adherencia que mantienen a TARV. Estas preguntas son abiertas y cerradas dicotómicas. La encuesta se encuentra en los anexos.

2.1.4 PLAN DE ANÁLISIS

Para el análisis y discusión de la información, se tabularán los datos y se utilizarán gráficos; esta información será procesada mediante el programa de Excel en el cuál se emplearán Filtros.

De acuerdo a los resultados se describirá el grado de adherencia de los pacientes y la importancia que le dan para seguir correctamente su tratamiento.

Para el análisis de asociación entre la adherencia y sus factores relacionados, se utilizará el Odds Ratio (OR) como una medida de probabilidad de asociación de estas variables.

La interpretación se la realizará en función de la magnitud de asociación de las variables (> 1).

2.1.5 HIPÓTESIS:

El estilo de vida que llevan los pacientes con SIDA, influye en la adherencia adecuada al tratamiento.

2.1.6 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Ver anexo 1

CAPÍTULO III

3.1 MARCO TEÓRICO

3.1.1 GENERALIDADES DEL SIDA

Desde hace 3 décadas, la población se ha alterado por la presencia del virus causante del SIDA y responsable de miles de muertes alrededor del mundo.

El doctor Jaime Benítez Solís (1994), manifiesta que “el SIDA es una pandemia de la segunda mitad del siglo XX causada por un agente infeccioso y transmitido especialmente a través de la sangre y fue descubierta por primera vez en 1981, en Nueva York y San Francisco, entre hombres homosexuales, que presentaban enfermedades raras como el Sarcoma de Kaposi¹ y la Pneumonía por Pneumocystiscarinii², en 1982 se evidenció que las células de defensa denominadas linfocitos T CD4 son la principal línea celular involucrada en el desarrollo de la enfermedad, y poco después se identificó, que la infección es producida por un retrovirus³ humano, VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana)”.

El VIH es un virus que ataca directamente al sistema inmunológico de las personas infectadas, éste es un virus que puede transmitirse a pesar de que al inicio de su desarrollo (primeros tres meses) denominado período de ventana, en el cuerpo humano no presenta síntomas y ni siquiera se lo puede detectar durante los tres primeros meses de su evolución.

Cuando el virus alcanza un grado alto de desarrollo, y alcanza altos niveles de replicación en el cuerpo y disminuye drásticamente las células de defensa en el organismo

¹El Sarcoma de Kaposi (SK) es la neoplasia más frecuente en el SIDA, se ve casi exclusivamente en homosexuales. (Enfermedades Oportunistas en el SIDA 2006)

²La neumonía por Pneumocystis carinii suele ser la primera infección oportunista diagnosticada en personas infectadas con SIDA y es la principal causa de muerte. (Enfermedades Oportunistas en el SIDA 2006)

³RETROVIRUS.- virus que tiene su genoma ubicado en el ARN y no el ADN. Los retrovirus usan transcriptasas inversa para convertir el ARN en ADN. Contienen ARN como material genético. El ARN del virus se traduce en ADN, el cual se inserta a sí mismo dentro del ADN propio de la célula infectada. (Enciclopedia Libre Universal en Español 2008)

se desarrolla la enfermedad que es producida por el virus la cual es llamada Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA).

De acuerdo a los datos de la Coalición Ecuatoriana de PVVS⁴ (2007), en 1.984 se notificó el primer caso de VIH en el Ecuador, al inicio la respuesta y las acciones fueron mínimas, desarticuladas e ineficientes para el cuidado y tratamiento de los pacientes, por lo cual han llegado a desarrollar la enfermedad del SIDA, pero a lo largo del tiempo han mejorado en cuanto a forma y contenido; sin embargo, no se ha podido evitar que el virus siga incrementando sus cifras.

Según una encuesta realizada por varios autores en la Escuela Politécnica del Litoral, en el Ecuador la epidemia del VIH/SIDA se ha convertido en un problema de salud pública, la cual presenta particularidades tales como altos índices de prevalencia, concentración urbana de los infectados, grandes externalidades negativas y tratamientos costosos con niveles bajos de accesibilidad. Esta situación debe ser prioritaria en el sector salud del país ya que ésta es una enfermedad cuyos índices de crecimiento han aumentado considerablemente en los últimos años.

Actualmente se ha puesto en práctica en nuestro país un modelo de asignación del presupuesto público hacia el sector salud que se basa en los beneficios del individuo seropositivo tales como, la entrega gratuita de terapia antirretroviral, y los costos relacionados a la atención y cuidados del paciente.

Según El Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas (UNDESA), el impacto del SIDA en las familias y los hogares repercute de diferentes maneras; por ejemplo, si la persona infectada es la fuente de ingresos sufren, desde el punto de vista financiero, tanto por la pérdida de ingresos así como también por aumento de los gastos de atención médica. Los hogares se empobrecen durante largos períodos debido a la pérdida de ingresos y a los altos costos de atender al familiar afectado, por otro lado, el nivel de consumo de los hogares disminuye, incluso de alimentos, lo que desemboca en malnutrición. Cuando muere un miembro de la familia, el hogar puede quedar totalmente desarticulado y los niños deben irse a vivir con parientes o bien quedan abandonados a su suerte.

⁴La Coalición Ecuatoriana de Personas que Viven con VIH/SIDA (CEPVVS) es una organización de la sociedad civil sin fines de lucro, con personería jurídica otorgada por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador No. 00177 del 17 de marzo de 2006, conformada por personas que viven con VIH/SIDA de todo el país.

El impacto que tiene el SIDA, abarca varios elementos como:

- ✓ En las empresas, depende primordialmente de cinco factores: el número de empleados infectados; la función de éstos en la empresa; la estructura del proceso de producción y la capacidad de ésta para hacer frente a la pérdida de empleados; las prestaciones de atención de la salud que proporciona la empresa; y los efectos del SIDA en el entorno comercial. Lo más corriente es que en la primera etapa de la enfermedad los trabajadores puedan seguir trabajando, pero tomando más días de licencia anual o por enfermedad. Puede suceder que las compañías que otorgan prestaciones de enfermedad a los trabajadores y sus familias no estén en condiciones de pagar los gastos de atención de la salud ni los caros medicamentos que se utilizan en el tratamiento del SIDA, los trabajadores jóvenes representan un número desproporcionado de las muertes por SIDA. Según los puestos que ocupen los trabajadores infectados, los efectos se hacen sentir en la producción y en la administración de la empresa. Los trabajadores más difíciles de reemplazar son los mejor calificados y con mayor experiencia.

- ✓ En la agricultura, tiene efectos devastadores en la producción agrícola y en la viabilidad económica de las explotaciones agrícolas pequeñas y las empresas agrícolas comerciales. Entre las consecuencias de la pérdida de trabajadores agrícolas se cuentan la reducción de la tierra labrantía en explotación, el paso a cultivos que exigen menos mano de obra, la reducción del rendimiento de las cosechas y una escasez de mano de obra en los períodos de mayor demanda de trabajadores. La epidemia también acarrea la pérdida de conocimientos de métodos agrícolas y una reducción del número de trabajadores cualificados y con experiencia.

- ✓ En los sistemas de salud; en muchos de los países más afectados, los sistemas de salud son insuficientes aun antes del arribo del VIH/SIDA. La epidemia ha impuesto grandes demandas adicionales a esos sistemas, presionando al máximo los presupuestos de salud y los planes de seguros médicos. Han venido aumentando los gastos correspondientes al tratamiento del SIDA y de las infecciones oportunistas comunes en las personas cuyos sistemas de inmunidad se han visto comprometidos por la enfermedad. La asignación de los escasos recursos disponibles para el tratamiento del SIDA ha reducido la atención que se presta a otros problemas de salud. Como los gobiernos ante la epidemia del SIDA se ven cada vez más exigidos

para prestar servicios de salud por conducto del sector público, los gastos pertinentes, cada vez en mayor medida, deben correr por cuenta del sector privado y de los propios hogares y los particulares.

- ✓ En la enseñanza.- el SIDA, está anulando los progresos que se habían alcanzado para lograr una enseñanza primaria universal. El SIDA debilita los sistemas de enseñanza y conspira contra la asistencia de los niños a las escuelas. Es posible que, a la larga, la epidemia del SIDA se traduzca en una baja del nivel y la calidad de la enseñanza, lo que reduciría el capital humano y retrasaría el desarrollo económico y social.
- ✓ En las familias en que hay una persona infectada, los niños tienen menos probabilidades que los demás de seguir asistiendo a la escuela. Se les necesita para que ayuden en el hogar o salgan a trabajar.
- ✓ En el crecimiento económico esta epidemia representa una carga para la economía de cualquier país. Ello se aplica, en especial, a las economías débiles características de los países con altos niveles de prevalencia de VIH y SIDA. En muchos de los países más afectados se han realizado estudios para preparar modelos sobre el impacto del SIDA en el crecimiento económico. En algunos casos, las estimaciones del impacto económico del SIDA han sido “bajas”; en otros, se han determinado reducciones anuales entre 2% y 4% del producto interno bruto anual, respecto de una situación hipotética en que no hay SIDA.
- ✓ En cuanto a lo que se refiere a costos, con la distribución gratuita del TARV, se ha producido un descenso de la tasa de mortalidad, a pesar de que existe el aumento de nuevos casos.

Vivir con VIH o con SIDA, representa un proceso de cambios en el estilo vida, horarios, prácticas sexuales, hábitos de higiene, salud, nutrición, entre otros; así como también varias etapas que van desde la negación hasta la aceptación.

3.2 MANEJO Y TRATAMIENTO DEL SIDA

De acuerdo a Inforred SIDA 2011: una medida clave para determinar la salud del sistema inmune es el recuento de células CD4, mientras más bajo sea el nivel de este valor; mayor daño tendrá el organismo.

Según el Centro para el Control de Enfermedades, se considera con SIDA a cualquier persona que tenga menos de 200 células CD4 o un porcentaje de CD4 menor al 14%.

“El recuento de células CD4 también se usa para determinar cuándo iniciar tratamiento con medicamentos”. Cuando el recuento de CD4 llega a menos de 350 se recomienda iniciar el TARV. La tendencia reciente es hacia el tratamiento es en niveles de CD4 más altos. Tanto el recuento de CD4 como la determinación de la Carga Viral (CV) del VIH es el marcador de inicio al TARV y por lo tanto de la etapa denominada SIDA, pero también marca una respuesta al tratamiento antirretroviral.

Estos exámenes son una herramienta básica en el manejo clínico del paciente ya que permite:

- ✓ Detectar el fracaso terapéutico con rapidez.
- ✓ Ayuda a modificar el plan terapéutico antes de que se desarrollen complicaciones clínicas.
- ✓ Permite sospechar de interacciones medicamentosas o una adhesión terapéutica insuficiente.

El uso del tratamiento antirretroviral inhibe la replicación del virus y retrasa la progresión de la enfermedad, prolonga la esperanza de vida y mejora la calidad de vida de los pacientes que utilizan este tratamiento.

3.2.1 INDICACIONES DE TAMIZAJE

Según la Guía de Atención Integral VIH-SIDA Adultos; de la Dirección de Normatización del Ministerio de Salud Pública (Primera Edición) de septiembre 2012; en nuestro país el manejo clínico de los pacientes infectados con el virus, inicia con un tamizaje de VIH de acuerdo a las siguientes indicaciones:

- ✓ Pedido voluntario del paciente.
- ✓ Personas con Infecciones de Transmisión Sexual.

- ✓ Cuadro clínico y/o de laboratorio sugestivo de infección por VIH u otras inmunodeficiencias.
- ✓ Mujeres embarazadas.
- ✓ Donantes de hemoderivados, órganos, semen, leche materna, células madre y otros.
- ✓ Personas con tuberculosis pulmonar o extra pulmonar.

Situaciones de riesgo como:

- ✓ Personas que tienen relaciones sexuales sin protección;
- ✓ Poblaciones más expuestas HSH, trabajadoras/es sexuales;
- ✓ Parejas sexuales de personas bajo estas características y de las personas que viven con VIH/SIDA (PVVS);
- ✓ Personas que recibieron transfusiones (antes de 1991 en Quito)
- ✓ Inseminación artificial;
- ✓ Trasplante de órganos;
- ✓ Hemofílicos;
- ✓ Adictos a drogas por vía endovenosa.
- ✓ Hijos de madres infectadas con VIH.
- ✓ Exposición laboral y no laboral.

3.2.2 PERIODICIDAD

- ✓ Al personal de salud que sufre exposición laboral, o en casos de exposición no laboral se realizará al inicio, a los 30 días, a los tres, y seis meses.
- ✓ En parejas sero discordantes cada 6 meses.
- ✓ Se recomienda 2 pruebas al año en HSH sexualmente activos, PPL y TS.
- ✓ En las embarazadas también se recomiendan una prueba basal en la primera visita prenatal y una segunda prueba en el tercer trimestre de gestación, y una tercera en el momento del parto.
- ✓ NO deben realizarse de manera obligatoria pruebas para VIH en los siguientes casos:
- ✓ Admisión o mantenimiento del trabajo.
- ✓ Migración.
- ✓ Matrimonio
- ✓ Adopción
- ✓ Ingreso o permanencia en instituciones educativas, militares y policiales.
- ✓ Ingreso o permanencia en instituciones de salud; o de realización de procedimientos quirúrgicos.
- ✓ Y de manera general, cuando no exista el consentimiento de la persona

3.2.3 PRUEBAS DE MONITOREO

Son aquellas pruebas que sirven para realizar el seguimiento del paciente infectado y evaluar la eficacia del tratamiento antirretroviral. Estas pruebas son:

- **CONTAJE DE LINFOCITOS T CD4**; esta prueba se utiliza en personas con VIH, al momento del diagnóstico y luego cada seis meses para monitorear la evolución de la

respuesta inmunológica, independiente de que estén o no en tratamiento. Se expresa como número de células por mililitro de sangre. Y

- **CUANTIFICACIÓN DE LA CARGA VIRAL;** (CV) que es el término utilizado para describir la cantidad de virus que existe en una determinada muestra de plasma o suero. Se expresa como número de copias de ARN viral/ml. La CV es un marcador de replicación del virus y se lo utiliza para monitorizar el TARV, además ayuda a estimar el riesgo de transmisión, la progresión en el curso de la infección por VIH e incluso ayuda al diagnóstico en ocasiones puntuales. Esta prueba debe realizarse al diagnóstico, y luego cada seis meses independiente de que estén o no en tratamiento.

3.3 CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS DE SIDA

A continuación se enlistan las características o eventos definitorios de SIDA de acuerdo a la Guía de Atención Integral VIH-SIDA Adultos; de la Dirección de Normatización del Ministerio de Salud Pública (Primera Edición) de septiembre 2012; son las siguientes:

- ✓ Candidiasis de esófago, tráquea, bronquios o pulmones.
- ✓ Cáncer cervical invasivo.
- ✓ Criptococcosis extra pulmonar.
- ✓ Diarrea por más de 1 mes.
- ✓ Enfermedad por Citomegalovirus no localizada en hígado, bazo y sistema ganglionar.
- ✓ Bronquitis, neumonitis o esofagitis o úlceras cutáneas crónicas por Herpes simplex (mayor de 1 mes).
- ✓ Histoplasmosis extra pulmonar.
- ✓ Demencia asociada al VIH.
- ✓ Síndrome de desgaste: pérdida de peso > 10% del habitual, más diarrea crónica (más de 2 deposiciones diarreicas durante más de 30 días) o astenia crónica y fiebre de origen desconocido por más de 30 días.
- ✓ Sarcoma de Kaposi en pacientes menores de 60 años.
- ✓ Linfoma no Hodgking o a células B o de un fenotipo inmunológico desconocido, linfoma primario de cerebro o sarcoma inmunoblástico.
- ✓ Micobacteriosis por *M. avium* o *M. kansasii* diseminada.
- ✓ Tuberculosis pulmonar o extra pulmonar.
- ✓ Nocardiosis.
- ✓ Neumonía por *Pneumocystis Carinii* (actualmente llamado *P Jiroveci*).
- ✓ Neumonía bacteriana recurrente, más de 2 episodios en 1 año.
- ✓ Para decidir cuáles son los regímenes a prescribir, se debe tener en cuenta la eficacia, toxicidad y tolerancia del TARV.

3.4 ABORDAJE INICIAL Y SEGUIMIENTO DE PVVS

En el Ecuador, la Guía de Atención Integral VIH-SIDA Adultos; de la Dirección de Normatización del Ministerio de Salud Pública (Primera Edición) de Septiembre 2012; indica que “de acuerdo a la complejidad del paciente requiere por parte de los trabajadores de la

salud: confidencialidad, educación, experiencia, dedicación, buena comunicación, en suma un manejo integral. Por lo tanto, es necesario incluir en la valoración inicial de las PVVS, las conductas de riesgo, una precisión del estadio de la enfermedad y la necesidad de tratamiento para prevenir y tratar las infecciones oportunistas y de terapia antirretroviral”.

3.4.1 EVALUACIÓN CLÍNICA

➤ **Primera Consulta:**

Es un evento de fundamental importancia en la relación médico - paciente, ya que marcará las pautas de las consultas posteriores. En general, la primera consulta demanda más de una visita (habitualmente 2 o 3), ya que involucra distintos aspectos de la anamnesis, examen físico, medidas generales de prevención, introducción del tema de la medicación específica, derivación a las consultas rutinarias con especialistas y fundamentalmente la respuesta a las interrogantes del paciente.

El tiempo de cada consulta tiene como mínimo, entre 45 y 60 minutos para la primera consulta y 30 minutos las subsecuentes.

➤ **Historia clínica:**

- ✓ Anamnesis y examen físico con énfasis en:
- ✓ Historia sexual y de infecciones de transmisión sexual
- ✓ Alergia a medicamentos
- ✓ Historia clínica nutricional
- ✓ Historia de desórdenes metabólicos
- ✓ Síntomas generales: tos, fiebre, sudoración, pérdida de peso. (descartar tuberculosis activa)
- ✓ Gastrointestinales: disfagia y diarrea, alteraciones en el apetito
- ✓ Cavidad oral: candidiasis, gingivitis, leucoplaquia vellosa, lesiones violáceas (Sarcoma de Kaposi, angiomas bacilar, histoplasmosis diseminada, etc.)
- ✓ Dermatológico: herpes zoster, exantemas, candidiasis ungueal, lesiones violáceas (Sarcoma de Kaposi), foliculitis
- ✓ Respiratorio: tos, disnea
- ✓ Sistema Nervioso: deterioro mental (memoria, conducta, juicio, lenguaje), cefalea, convulsiones, test de demencia
- ✓ Genitales: úlceras crónicas o recurrentes, condilomas, candidiasis recurrente
- ✓ Antropometría
- ✓ Examen genital y rectal
- ✓ Fondo de ojo

➤ **Consejería / educación:**

Informar clara y objetivamente sobre los aspectos concernientes a la infección por VIH/SIDA y otras ITS.

- ✓ Motivar al paciente para que modifique las conductas que lo ponen en riesgo de adquirir o transmitir la infección por VIH y otras ITS, a través del uso correcto y consistente del condón, el mismo que será entregado en las Unidades de Atención a PVV de la Red Pública y Complementaria en número mínimo de 30 condones mensuales.
- ✓ Ayudar al paciente a que comprenda qué significa ser portador del VIH y las posibilidades de manejo terapéutico de la infección.
- ✓ Sugerir y motivar al paciente para que siga las pautas de auto cuidado.
- ✓ Evaluar el grado de exposición al virus y otras enfermedades.
- ✓ Promover elementos que mejoren el bienestar físico, psicológico y social del paciente.
- ✓ Informar e interpretar las pruebas de laboratorio, con entrenamiento previo.
- ✓ Reforzar los elementos positivos de la persona como la autoestima.
- ✓ Motivar para que la persona cree o se integre a grupos de auto apoyo.
- ✓ Sensibilizar en la necesidad de atender a sus parejas sexuales o contactos.
- ✓ Ofrecer Consejería a familiares.

Tabla 2. ABORDAJE INICIAL Y SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES

Actividad	Inicial	Mensual	Trimestral	Semestral	Anual
Anamnesis	X		X		
Examen físico	X		X		
Consulta Salud Mental	X	Según plan de Acción			
Orientación Nutricional	X			X	
Atención de Consejería	X		X		
Apoyo de Trabajo Social	X	Según necesidad			
Exámenes de Laboratorio	X				
Biometría hemática completa	X			X	
Glucosa, creatinina, perfil lipídico, enzimas hepáticas	X			X	
VDRL	X				X
Serología para Hepatitis B y C.	X				
EMO	X			X	
Coproparasitario	X			X	
CD4	X			X	
Carga Viral	X			X	
Rayos X de Tórax	X				X

Electrocardiograma	X				X
Interconsultas:					
Ginecología					
Papanicolaou y colposcopia	X				X
En fase SIDA	X			X	
Test de embarazo	X				
Oftalmología:					
< 100 CD4				X	
< 50 CD4			X		
En caso de retinopatía por CMV		X			
Odontología	X			X	

Elaborado por: MSP

Fuente: Guía de Atención Integral VIH-SIDA Adultos; de la Dirección de Normatización del Ministerio de Salud Pública (Primera Edición) de Septiembre 2012

Tabla 3. CUADRO DE INMUNIZACIONES

INMUNIZACIÓN DEL PACIENTE CON VIH		
VACUNAS	OBSERVACIONES	DOSIS
GENERALES:		
Neumococo	Recomendado en pacientes con CD4 mayor de 200 cel/ mm ³ . Considerar en pacientes con CD4 menores de 200 cel/mm ³ y en aquellos que hayan recibido vacunas en un lapso mayor de 5 años.	1 dosis
Influenza Estacional	Recomendada cuando la respuesta es reducida en pacientes con CD4 menor a 200 cel/mm ³ .	Anual
Hepatitis B	Recomendada en pacientes con antígeno de superficie negativos.	3 DOSIS 0, 1 Y 6 MESES en pacientes con CD4 mayor a 200 cel/mm ³ . Se recomienda administrar una 4 o 5 dosis al no haber una respuesta adecuada.
Tétanos	Recomendado en todos los pacientes de	Se utiliza el mismo esquema que

	acuerdo a la recomendación de adultos.	para los adultos y niños sin infección con VIH más el refuerzo cada 10 años
ESPECÍFICAS:		
Hepatitis A	En el caso enfermedad hepática crónica, hepatitis crónica por virus B o C, usuarios de drogas IV, HSH y hemofílicos.	3 dosis cuando los CD4 son mayores a 300 cel/mm3
Fiebre Amarilla	Recomendada en el caso de viajes a zonas endémicas. No vacunar con valores menores de 200 CD4	Cada 10 años.

Elaborado por: MSP

Fuente: Guía de Atención Integral VIH-SIDA Adultos; de la Dirección de Normatización del Ministerio de Salud Pública (Primera Edición) de Septiembre 2012

3.5 CUÁNDO COMENZAR EL TRATAMIENTO

Elegir el momento adecuado para el inicio del tratamiento antirretroviral es una decisión muy importante ya que una vez que se ha comenzado el tratamiento no se lo debe dejar, a pesar de los efectos secundarios y de otros problemas. Para iniciar el TARV, se deben tener en cuenta muchos factores, incluso los resultados de varios exámenes clínicos siendo los más importantes el recuento de linfocitos CD4 (que mide la fuerza del sistema inmunológico) y la prueba de la carga viral (que mide la cantidad de virus detectable en la sangre).

3.5.1 FACTORES A SER CONSIDERADOS PARA INICIO DEL TRATAMIENTO

De acuerdo a la Guía de Atención Integral VIH-SIDA Adultos; de la Dirección de Normatización del Ministerio de Salud Pública (Primera Edición) de Septiembre 2012, el inicio del Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA), debe basarse en los siguientes elementos: las manifestaciones clínicas, el conteo de CD4, la carga viral plasmática (CVP) y las co-morbilidades asociadas.

- ✓ Estadío clínico
- ✓ Recuento de Linfocitos T CD4
- ✓ Carga viral
- ✓ Co-morbilidades, infecciones oportunistas y otras condiciones

- ✓ Tuberculosis
- ✓ Hepatitis B y C y otras hepatopatías
- ✓ Diabetes y otros desórdenes metabólicos
- ✓ Patología renal
- ✓ Embarazo
- ✓ Demencia y otras condiciones del SNC
- ✓ Las potenciales interacciones medicamentosas
- ✓ Alergias
- ✓ Los posibles efectos adversos
- ✓ Depresión u otras condiciones psiquiátricas
- ✓ Uso de drogas ilícitas u otras adicciones químicas
- ✓ El potencial de adherencia al tratamiento
- ✓ La edad y el sexo
- ✓ La posibilidad de un embarazo

Tabla 4. INDICACIONES PARA EL INICIO DE LA TERAPIA ANTIRETROVIRAL

En caso de:	Se recomienda:
Síntomas o antecedentes de SIDA	Iniciar tratamiento antirretroviral (AI)
CD4 < 350 cel/mm3	Iniciar tratamiento antirretroviral (AI)
CD4 de 350 a 500 cel/mm3	Recomendar tratamiento antirretroviral (AII)
CD4 > 350 cel/mm3 y <ul style="list-style-type: none"> • Cirrosis Hepática (AII) • Carga Viral más de 100.000 copias • Más de 55 años • Riesgo cardiovascular elevado • Coinfección con hepatitis B cuando ésta requiera tratamiento • Hepatitis C • Mujer embarazada (AI) • Nefropatía asociado a VIH (AII) • Parejas sero discordantes con prácticas de riesgo (AI). • CD4 mayor de 500 cel/mm3 y • Cirrosis hepática • Carga Viral mayor de 100.000 copias • Mayor de 55 años, RCV 	Iniciar tratamiento antirretroviral (BI)

Elaborado por: MSP

Fuente: Guía de Atención Integral VIH-SIDA Adultos; de la Dirección de Normatización del Ministerio de Salud Pública (Primera Edición) de Septiembre 2012

3.6 CLASIFICACIÓN DE LOS ANTIRETROVIRALES EXISTENTES EN EL ECUADOR

Para decidir cuáles son los regímenes a prescribir, se debe tener en cuenta la eficacia, toxicidad y tolerancia del TARV.

En el Ecuador, existen y se utilizan cuatro grupos de antiretrovirales, cada uno ataca al virus de manera diferente. Estos grupos son:

- ✓ Los Nucleótidos (ITRN) que evitan que el virus haga nuevas copias. Aquí se encuentran los siguientes medicamentos: Zidovudina (AZT) Lamivudina (3TC) Didanosina (ddl) Abacavir (ABC) Tenofovir (TDF) Emtricitabina (FTC).
- ✓ Los No Nucleótidos (ITRNN) que detienen la duplicación del virus dentro de las células inhibiendo la transcriptasa inversa Aquí se encuentran: Efavirenz (EFV) Nevirapina (NVP) Etravirina (ETV).
- ✓ Los inhibidores de la Proteasa (IP), que es otra proteína involucrada en el proceso de duplicación del virus. Dentro de éstos están: Lopinavir + Ritonavir (LPV/RTV) Saquinavir (SQV) Atazanavir (ATZ) Darunavir (DRV). Y
- ✓ Los **Inhibidores de la Integrasa** que actúan bloqueando la entrada del VIH a las células CD4 en los receptores y co-receptores de los linfocitos. Dentro de este grupo se encuentra solamente el Raltegravir (RLV).

La efectividad de cada uno de estos medicamentos no es adecuada si se los utiliza individualmente o con una combinación inadecuada. A continuación, se presenta una lista en donde se puede apreciar algunas combinaciones de antiretrovirales.

- AZT+ 3TC (Zidovudina + Lamivudina)
- ABC+ 3TC (Abacavir + Lamivudina)
- TDF+ FTC (Tenofovir + Emtricitabina)
- TDF+FTC+EFV (Tenofovir + Emtricitabina + Efavirenz)

3.7 SELECCIÓN DE UN RÉGIMEN INICIAL

En el Ecuador según la Guía de Atención Integral VIH-SIDA Adultos; de la Dirección de Normatización del Ministerio de Salud Pública (Primera Edición) de septiembre 2012, los esquemas disponibles son prescritos en las unidades de segundo y tercer nivel que cuentan con profesionales de salud capacitados para la atención de VIH a este nivel. El tratamiento de elección primaria en el momento actual consiste en una combinación de al menos tres fármacos, que incluyan dos ITRN + un ITRNN, o en el caso de existir contraindicación para este último, dos ITRN + IP. Con la mayoría de estas combinaciones, se puede conseguir CVP <50 copias/mL en >70% de casos, a las 48 semanas.

Así mismo manifiesta que el esquema de inicio, de elección: TDF/FTC/EFV; pero existen situaciones en las que se pueden usar otras alternativas como:

- ✓ Se debe utilizar ABC/3TC+ EFV en caso de enfermedad renal preexistente, no utilizar TDF.
- ✓ Si se encuentra contraindicado el uso de ABC, sustituirlo por AZT.

- ✓ En caso de trastornos neuro siquiátricos el esquema recomendado es TDF/FTC + ATZ.
- ✓ En embarazadas no se recomienda el uso de EFV antes de las 7 semanas, debiendo utilizarse de preferencia LPV o; en aquellas con < 250 CD4.

Según el manual “Vivir en Positivo” (Bolivia 2006), los esquemas de TAR más recomendados por su eficacia y con menores efectos secundarios son algunos de los siguientes:

- 2 ITRN + 1 ITRNN
- 2 TRN + 1 IP
- ITRNN

Tabla 5. Esquemas de TARV recomendados según ventajas y desventajas:

RÉGIMEN	VENTAJAS	DESVENTAJAS
1IP + 2 ITRN	Larga experiencia en supresión de la replicación	<ul style="list-style-type: none"> - Esquemas complejos - Gran cantidad de comprimidos por día - Compromete regímenes futuros con IP - Toxicidad a largo plazo
1 ITRNN + 2 ITRN	<ul style="list-style-type: none"> - Posterga el uso de IP - Poca cantidad de comprimidos 	<ul style="list-style-type: none"> - Datos limitados en el largo plazo - Compromete regímenes futuros con ITRNN
2 IP + 2 ITRN	<ul style="list-style-type: none"> - Alta potencia - Dosis conveniente 	<ul style="list-style-type: none"> - Algunos regímenes tienen gran cantidad de comprimidos - Toxicidad desconocida a largo plazo
3 ITRN	<ul style="list-style-type: none"> - Difiere el uso de IP y de ITRNN - Poca cantidad de comprimidos 	<ul style="list-style-type: none"> - Menor potencia en pacientes con alta CV - Datos limitados a largo plazo - Resistencia a corto plazo

Elaborado por: Jessica Cisneros
Fuente: manual “Vivir en Positivo” (Bolivia 2006)

Tabla 6. Recomendaciones de la OMS para el tratamiento de primera línea para adolescentes y adultos 2012:

Pautas de Tratamiento	Consideraciones en el embarazo	Toxicidades posibles
AZT + 3TC + EFZ O AZT + 3TC + NVP	No utilizar Efavirenz en las mujeres embarazadas o en las que no pueda asegurarse una anticoncepción eficaz.	AZT: Anemia Efavirenz: Síntomas del Sistema nervioso o Teratogenia.
AZT + 3TC + ABC	Datos limitados sobre la inocuidad del ABC. Datos a largo plazo que no logra bajar la CV en algunas personas.	AZT: Anemia ABC: Hipersensibilidad
AZT + 3TC + NFV O AZT + 3TC + RTV	Datos limitados sobre la inocuidad del LPV	AZT: Anemia NFV: Diarrea

		IP: efectos secundarios metabólicos
--	--	-------------------------------------

Elaborado por: OMS
Fuente: OMS

3.7.1 CARACTERÍSTICAS DE UN RÉGIMEN ÓPTIMO

Esta guía manifiesta que el esquema TDF/FTC/EFV en dosis fijas combinadas se recomendó como uno de los esquemas óptimos en la reunión de expertos realizada en Londres en abril del 2011, sobre Prioridades a corto plazo para la optimización del TARV, organizada por la OMS.

Las características, que debe tener un esquema óptimo, y con las que cumple el esquema TDF/FTC/EFV, son:

- ✓ Seguridad y eficacia: un esquema óptimo debe ser equivalente o superior a los medicamentos disponibles actualmente, y debe requerir mínimo monitoreo de laboratorio.
- ✓ Tolerancia: debe tener mínimos efectos adversos y toxicidades y reducir el fracaso del tratamiento.
- ✓ Durabilidad: debe presentar una alta barrera a la resistencia y tener una vida media larga para permitir flexibilidad en el horario de la toma de dosis y minimizar la probabilidad de generación de resistencia como resultados de dosis perdidas.
- ✓ Estabilidad: debe ser estable al calor y de almacenamiento sencillo durante largos períodos de tiempo con estabilidad molecular.
- ✓ Conveniencia: debe ser adecuado para la toma una vez al día en dosis fijas combinadas (idealmente una pastilla al día).
- ✓ Poblaciones especiales: debe ser efectivo en todas las poblaciones, y en combinación con el tratamiento de otras afecciones médicas: hombres y mujeres de todas las edades, personas con co-infecciones incluyendo tuberculosis, malaria y hepatitis virales)
- ✓ Costo: debe estar disponible al menor precio sostenible

3.8 ADHERENCIA

No existe un concepto único, mundialmente aceptada sobre adherencia a los tratamientos médicos, pero si existe una aceptación en incorporar a este concepto el compromiso dinámico y voluntario del paciente con su tratamiento.

En la publicación de la OMS del año 2004 “Adherencia a los tratamientos a largo plazo, se entiende como adherencia:

“El grado en que el comportamiento de una persona se ajusta a tomar los medicamentos, sigue un régimen alimentario y ejecuta cambios del modo de vida”, es decir que no solo involucra la toma de medicamentos sino que toma en cuenta la capacidad que tiene el paciente para involucrarse adecuadamente en la decisión del inicio del tratamiento, elección y cumplimiento para obtener una adecuada destrucción de la replicación viral.

Polo R. (s.f.) “adherencia es la capacidad del paciente de implicarse correctamente en la elección, inicio y control del TARV, que permita mantener el cumplimiento riguroso del mismo con el objetivo de conseguir una adecuada supresión de la replicación viral”

La adherencia al tratamiento representa seguramente, el factor más importante a nivel individual que asegura una adecuada respuesta al tratamiento antirretroviral.

La adherencia resulta valiosa para demorar o evitar el desarrollo de resistencia a los medicamentos y para asegurar la máxima durabilidad del régimen del TARV de primera línea dentro de la cual se debe tomar en cuenta el cumplimiento del horario en el que se recomienda tomar la medicación.

“El éxito de cualquier estrategia para mejorar la adherencia depende de la educación que el paciente reciba antes de iniciar la terapia, de poder evaluar la comprensión que el paciente tiene acerca del tratamiento y de que esté dispuesto a realizarlo. La consejería sobre adherencia incluye la provisión de información básica sobre VIH/SIDA y sus manifestaciones, los beneficios y los efectos secundarios del TARV, la forma en que deben tomarse los medicamentos y la importancia de no perder ninguna dosis”.

El manual “Vivir en Positivo” (Bolivia 2006) indica que Adherencia significa cumplimiento y apego al TARV.

Cuando se inicia el tratamiento, los elementos que pueden ayudar a la adherencia incluyen:

- ✓ Un número reducido de tabletas
- ✓ La provisión de pastilleros
- ✓ La frecuencia de las dosis
- ✓ Esquemas con menos restricciones vinculadas con los alimentos
- ✓ Incorporación de la terapia al estilo de vida del paciente
- ✓ La participación de familiares, amigos y/o miembros de su entorno
- ✓ Efectuar evaluaciones de adherencia
- ✓ Provisión continua de los medicamentos
- ✓ Acceso gratuito a los antirretrovirales
- ✓ Apoyo psicosocial
- ✓ Consejería culturalmente apropiada para la adherencia al tratamiento.(P83)

La misma guía indica que para poder sobrellevar todo lo que implica el iniciar un TARV, muchas veces las PVVS no lo pueden hacer solas y necesitan el apoyo tanto del personal de salud como de sus familias, amigos y personas con las que se desenvuelven en su diario vivir.

3.8.1 IMPORTANCIA DE LA ADHERENCIA EN EL TRATAMIENTO ANTIRETROVIRAL

La Guía de Autocuidado para Personas Viviendo con el VIH/SIDA (PVVS) PRONASIDA 2010 – 2011, una correcta adherencia al TARV es un componente definitivo para el éxito del tratamiento y la no adherencia puede tener implicaciones importantes en la salud pública.

El control de la reproducción viral depende de varios factores pero la adherencia incorrecta es la primera causa de fracaso terapéutico relacionándose con una mala respuesta al tratamiento, por lo tanto constituye mayor riesgo de mortalidad.

Por lo tanto, es muy importante que los pacientes tengan conciencia de su enfermedad, entiendan adecuadamente el objetivo del TARV, participen activamente, se sientan en capacidad de cumplir con su tratamiento y comprendan la importancia que tiene una toma continua y correcta de la medicación.

Según las recomendaciones GESIDA/SEFH/PNS para mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral 2008, “adherencia es la capacidad del paciente de implicarse

correctamente en la elección, inicio y control del TARV, que permita mantener el cumplimiento riguroso del mismo con el objetivo de conseguir una adecuada supresión de la replicación viral”; indicando que en los primeros estudios realizados con los antiretrovirales se ha demostrado que la máxima eficacia del TARV requiere de una adherencia casi perfecta de más del 95%. Dentro de esto, se debe tomar en cuenta que las interrupciones del tratamiento; como por ejemplo más de dos días sin tomar ningún fármaco presentan mayores consecuencias en la respuesta viral que el olvido casual de dosis.

La falta de adherencia al TARV debe ser considerado como un problema de insuficiencia por parte de los equipos de salud que impide alcanzar la seguridad clínica disponible para tratar la enfermedad. Lo más importante en la adherencia al tratamiento es la eficacia terapéutica para prevenir la aparición de cepas virales resistentes a los fármacos, lo cual puede ser medido por parámetros clínicos y biológicos.

Cabe destacar que con una mala adherencia se pueden desarrollar virus resistentes a los medicamentos, los mismos que pueden transmitirse a otras personas durante actividades de alto riesgo, y que luego puede limitar las expectativas terapéuticas para otros pacientes infectados y para ellos mismo.

3.8.2 CRITERIOS DE CAMBIO DE TRATAMIENTO ANTORETROVIRAL POR FRACASO VIROLÓGICO Y ESQUEMAS RECOMENDADOS

La Guía de Atención Integral para Adultos y Adolescentes con VIH-SIDA (2012) define como respuesta virológica adecuada cuando la CV es < 50 copias/ml a las 24 semanas (sexto mes) de tratamiento.

Cualquiera de las siguientes situaciones define como fracaso virológico:

- a. CVP⁵ detectable a las 24 semanas de iniciada la TARGA en situación de máxima adherencia, o
- b. Si tras alcanzar una CVP indetectable, esta vuelve a ser detectable en dos determinaciones consecutivas con al menos cuatro semanas de intervalo. Se recomienda intervenir con reforzamiento en adherencia antes de repetir la CVP.

⁵ CVP: Carga Viral Plasmática

En caso de fallo virológico, se debe citar al paciente lo más pronto posible, para revisar la adherencia y la presencia de otras enfermedades o condiciones que pudieran afectar la respuesta al tratamiento. En forma multidisciplinaria, se debe enfatizar la adherencia, asegurar que hay disponibilidad de medicamentos y volver a repetir la carga viral después de cuatro semanas de buena adherencia.

La Guía del MSP indica que ante un fracaso virológico, es recomendable repetir la prueba de Carga Viral para confirmarlo y cambiar el tratamiento lo antes posible, con el fin de evitar el acúmulo de mutaciones y la elevación de la CVP, facilitando de este modo la respuesta al nuevo tratamiento.

Tabla 7. Cambio de régimen por fracaso virológico:

Si el régimen previo fue:	El régimen nuevo debe incluir:
TDF/FTC/EFV	AZT/ 3TC+ ATZ
ABC/3TC+ EFV	AZT/ 3TC + ATZ
TDF/FTC + ATZ	AZT/3TC+ DRV o LPV

Elaborado por: MSP

Fuente: Guía de Atención Integral VIH-SIDA Adultos; de la Dirección de Normatización del Ministerio De Salud Pública (Primera Edición) de Septiembre 2012

Para el caso de esquemas utilizados en primera línea y que no sean los anteriormente mencionados (preferencial o alternativo), la modificación del esquema de TARV deberá ser recomendado por el comité de resistencias interinstitucional. Sin embargo, deberán tomarse en cuenta las siguientes pautas generales, después del primer fallo:

Tabla 8. Cambio de régimen por segundo fracaso virológico:

Si el régimen previo fue:	El régimen nuevo debe incluir:
2 AN +1 NN	2 distintos AN + IP (de preferencia ATZ o, DRV o LPV como alternativos)
2 AN + SAQ o 2 AN + ATZ	2 distintos AN + AZT o LPV 2 distintos AN + DRV o LPV
2 AN + LPV	2 distintos AN + DRV

Elaborado por: MSP

Fuente: Guía de Atención Integral VIH-SIDA Adultos; de la Dirección de Normatización del Ministerio de

3.8.3 MANEJO DEL PACIENTE CON FALLA A MÁS DE UN ESQUEMA

La guía del MSP del Ecuador (2012), recomienda analizar los antecedentes de resistencia y toxicidades previas, así como la historia de medicamentos recibidos. Para tratar al paciente con una combinación de fácil adherencia con al menos dos fármacos activos, preferiblemente tres, que podrían incluir:

- ✓ IP reforzado (DRV/r) o, Tripanavir que por el momento no existe en el país.
- ✓ Uno o dos ITRN; considerar agregar 3TC o FTC para mantener la mutación que mejora la respuesta al TDF y AZT.
- ✓ Inhibidor de Integrasa (RAL). ITRNN de segunda generación: ETV.
- ✓ Inhibidor de CCR5: MVC
- ✓ Si no es posible el cambio, mantener el esquema que se encuentre utilizando a pesar del fallo, con el fin de demorar la progresión clínica y el deterioro inmunológico. El esquema de segundo fallo, debe ser manejado únicamente en el Tercer Nivel de atención.

3.8.4 TRATAMIENTO ANTIRETROVIRAL DE RESCATE

La guía incluye el tratamiento tras el fracaso de al menos dos líneas de TARV, se denomina terapia de rescate avanzado. En esta situación, la mayoría de los enfermos han experimentado fracaso con las tres familias de antirretrovirales más utilizadas; por lo tanto es indispensable un estudio que determine qué antirretrovirales se encuentran activos.

En numerosos ensayos clínicos realizados en España, que han comparado diferentes tratamientos de rescate. En todos ellos, se han utilizado un IP, una pareja de ITRN, y el fármaco nuevo en evaluación, son estudios difícilmente comparables entre sí por la heterogeneidad de la población, tratamientos previos, criterios de eficacia, tiempo de seguimiento y tipo de terapia optimizada utilizada dependiendo de los fármacos disponibles comercialmente en la época de realización del estudio.

No existen estudios comparativos entre ellos en TARV de rescate.

3.9 EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRETROVIRAL

Según GESIDA (1999), es necesario mantener una evaluación correcta de la adherencia para planificar procesos efectivos y eficientes y para comprobar si los cambios en los resultados de salud pueden atribuirse al sistema de tratamiento recomendado.

Esta evaluación debería cumplir con normas de validez y confiabilidad aceptables, ser altamente sensible y específica, permitir una medida cuantitativa y continua, ser reproducible y aplicable en diferentes situaciones, y también rápido y económico.

No existen patrones establecidos para medir la adherencia terapéutica, pero se pueden existir algunos de los siguientes métodos:

- Evaluación del profesional de salud; los profesionales que trabajan continuamente con pacientes que utilizan TARV deben realizar una valoración habitual de adherencia. Esta evaluación se la puede realizar tomando en cuenta las siguientes recomendaciones y formas de evaluación:
 - ✓ Establecer un lazo de confianza mutua con los pacientes
 - ✓ Realizar preguntas abiertas respecto de la adherencia
 - ✓ Aconsejar sin juzgar
 - ✓ Dedicar más tiempo en las consultas
 - ✓ Cuestionarios; útiles si el individuo se identifica como no adherente.
 - ✓ Concentraciones plasmáticas de fármacos antirretrovirales; es el método más objetivo a pesar de sus limitaciones.
- La evolución clínica, la carga viral y el estado inmunológico deben analizarse siempre que se estudie la adherencia.
- Los sistemas de control electrónico de apertura de los envases (MEMS, del inglés *Medication Event Monitoring System*) son dispositivos que contienen un microprocesador que registra la hora y día en que se ha abierto el envase. Pero por su elevado costo, estos dispositivos sólo son aplicables a determinados envases.
- Recuento de medicación; Se trata de un método indirecto que consiste en aplicar la siguiente fórmula: **$$\text{\% de Adherencia} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de unidades dispensadas} - \text{N}^\circ \text{ de unidades devueltas}}{\text{N}^\circ \text{ de unidades prescritas}} \times 100$$**. Su uso rutinario exige disponibilidad de tiempo y personal.
- Registros de retiro de medicación; Sus principales limitaciones son que la entrega de la medicación no es equivalente del cumplimiento correcto y por otra parte, que el compartir medicación con sus allegados puede inducir sesgos en la valoración.
- Combinación de métodos; existen varios métodos para valorar la adherencia y cada uno tiene sus debilidades y fortalezas. Por este motivo tiene vigencia la recomendación de combinar varios de ellos para obtener información de la situación real con la mayor exactitud posible.

3.10 FACTORES QUE AFECTAN LA ADHERENCIA

Son varios los factores que influyen en la adherencia al TARV dentro de los cuales tenemos los siguientes:

A. FACTORES RELACIONADOS CON EL PACIENTE

El estudio Experiencias Exitosas en el Manejo de la Adherencia al Tratamiento Antirretroviral en Latinoamérica indica que entro de estos factores se encuentran las creencias, actitudes y prejuicios que tienen los pacientes con respecto a la medicación, la enfermedad y el equipo de salud son factores determinantes a la hora de aceptar el tratamiento y realizarlo de forma correcta. Por lo tanto el personal de salud debe aportar información para que los pacientes realicen el tratamiento de forma adecuada.

- ✓ Se debe tomar en cuenta la comorbilidad con trastornos psiquiátricos como la depresión por la misma enfermedad ya que pueden existir interacciones entre fármacos y la medicación del TARV. Existe una elevada prevalencia de los trastornos psiquiátrico-psicológicos en las PVVS por lo que necesitan atención psicológica y psiquiátrica como parte importante de la asistencia habitual.
- ✓ El uso de sustancias como drogas o alcohol, son una barrera importante en la obtención de una buena adherencia al tratamiento.
- ✓ Existen ciertas características sociodemográficas como la edad, sexo, raza, nivel cultural y situación económica así como el no disponer de un domicilio fijo, ni soporte social o familiar ni una buena calidad de vida son factores relacionados directamente con una mala adherencia.

B. FACTORES RELACIONADOS CON EL TRATAMIENTO

- ✓ La adherencia al TARV disminuye cuando aumenta su complejidad.
- ✓ Existen tratamientos dificultosamente adaptables al estilo de vida del paciente o que exijan requerimientos dietéticos.
- ✓ Los efectos adversos son un factor claramente relacionado con la adherencia y hasta el abandono del tratamiento.
- ✓ Se relaciona la disminución del nivel de adherencia con un tratamiento prolongado en el tiempo.

C. FACTORES RELACIONADOS CON EL EQUIPO Y EL SISTEMA DE SALUD

- ✓ Los profesionales que tienen mayor experiencia y capacitación, que le dedican más tiempo a la consulta y son capaces de establecer un adecuado nivel de confianza con sus pacientes, ofreciéndoles continuidad en la asistencia y facilidades para ser contactados, adquieren mejores resultados en la adherencia.
- ✓ Es importante que se brinde información detallada y comprensible, de acuerdo al nivel cultural del paciente.
- ✓ Se deben tomar todas las decisiones sobre él, conjuntas y en un marco de confidencialidad.

- ✓ La accesibilidad al centro al centro asistencial, disponibilidad de transporte, flexibilidad de horarios y distribución de medicamentos también pueden influir en la adherencia.
- ✓ Es recomendable trabajar en forma multidisciplinaria, médico infectólogo, psicólogos, psiquiatras, farmacéuticos, trabajadores sociales, enfermeros/as y PVVS capacitados en consejería, para eliminar barreras para la adherencia y aportar posibles soluciones.

D. EFECTOS SECUNDARIOS

El TARV es un conjunto de medicamentos que sirven para detener el aumento de la carga viral y así evitar el daño a las células CD4 de una persona infectada por el VIH.

Según la revista País Canela (s.f.)- los “efectos secundarios son las acciones o efectos negativos que causa un medicamento. Los Antirretrovirales, como todo medicamento químico (no natural) tiene efectos secundarios y estos varían de acuerdo al tipo y la persona que los tome. No todos los efectos secundarios son experimentados por toda la gente que toma determinado Antirretroviral. Algunos, los primeros días tienen mareos, dolores de cabeza, vomito; sin embargo, hay formas muy efectivas de controlar los efectos secundarios de los Antiretrovirales, dependiendo cual sea el efecto negativo que cause”.

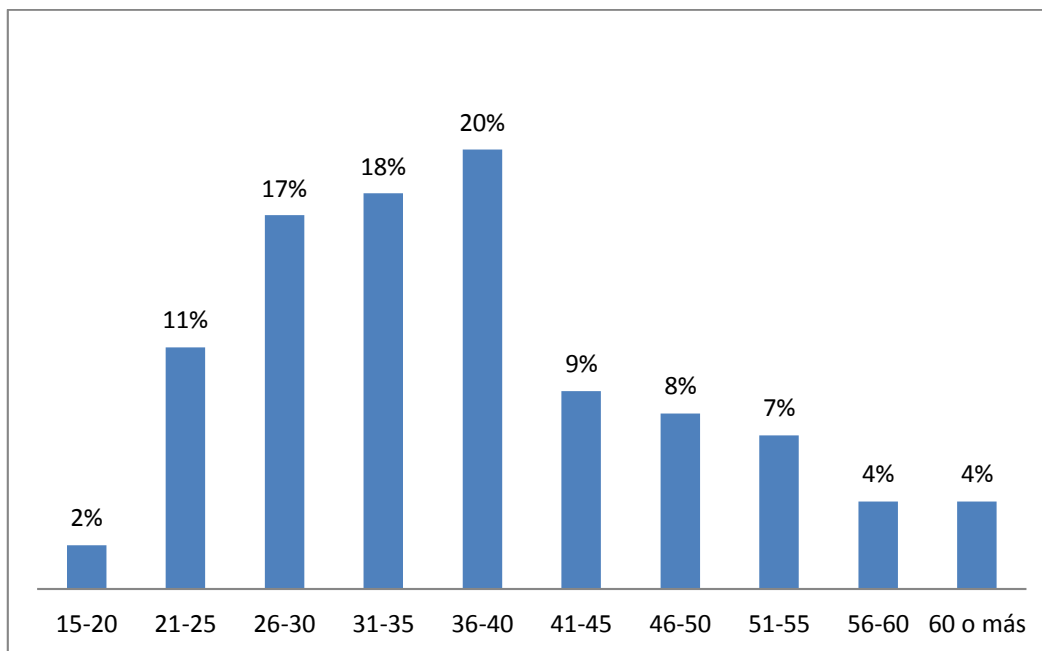
CAPÍTULO IV

4.1 RESULTADOS

En base a los resultados de las encuestas realizadas a los pacientes que reciben tratamiento antirretroviral en la Unidad de Atención Integral del Hospital “Enrique Garcés” durante los meses de agosto y septiembre del 2013, para medir el grado de adherencia que tienen, se ha encontrado lo siguiente:

4.1.1 CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO

Gráfico 1. Distribución por Edades de los pacientes que reciben TARV en el hospital “Enrique Garcés” durante los meses de agosto y septiembre del 2013.



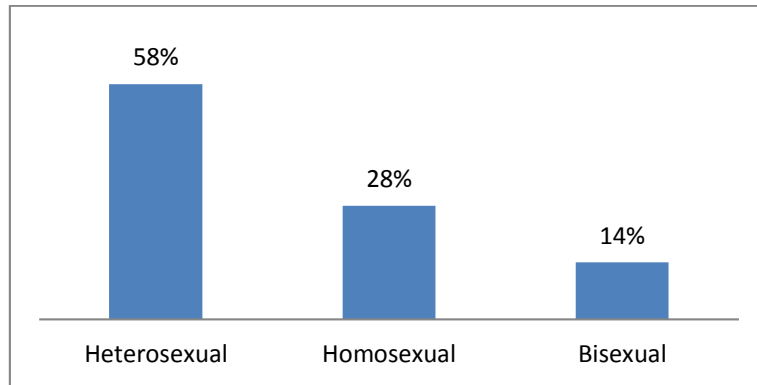
FUENTE: Pacientes que reciben TARV en el Hospital "Enrique Garcés"
 ELABORADO POR: Jessica Cisneros

En Ecuador, en el año 2007, los grupos de edad con mayor incidencia de SIDA se encontraban en los rangos comprendidos entre 20-24 y 25 a 44 años, este comportamiento es similar a la que se presentó en el año 2004, no se experimentan cambios importantes. (Narváez A. 2008)

Al igual que en el estudio realizado en el Hospital Enrique Garcés, el rango de edad en el que se presenta la mayor incidencia de la enfermedad se encuentra entre 26 y 44 años por lo que se puede decir que se mantiene la tendencia.

Pero también llama la atención que existe un porcentaje de pacientes que se encuentran dentro de la tercera edad; y es aún más preocupante la presencia de pacientes entre los 15 a 20 años, lo cual nos indica que a pesar de la información que actualmente existe para la prevención de esta enfermedad, los jóvenes y adolescentes no toman las debidas precauciones antes de encontrarse frente a conductas de riesgo.

Gráfico 2. Distribución de acuerdo a la Inclinação Sexual de los pacientes que reciben TARV en el hospital "Enrique Garcés" durante los meses de agosto y septiembre del 2013.



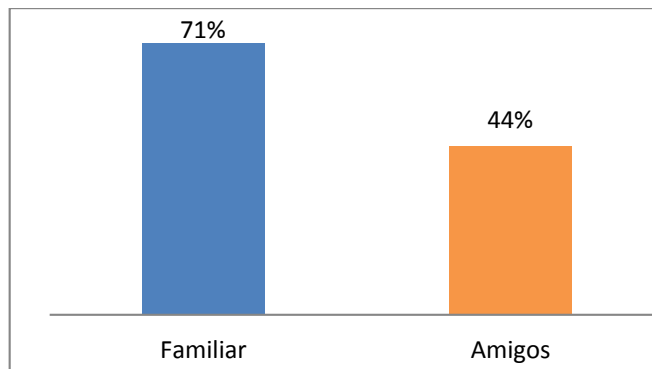
FUENTE: Pacientes que reciben TARV en el Hospital "Enrique Garcés"
ELABORADO POR: Jessica Cisneros

Según datos epidemiológicos de España parecen indicar que la transmisión del VIH se ha reducido notablemente en los últimos años respecto a épocas pasadas, entre las características epidemiológicas de la población española infectada por el VIH serían las siguientes:

- El 30% lo habría adquirido por prácticas heterosexuales no protegidas.
- El 25% estaría representado por hombres que practican sexo con hombres. (Hernández J. 2002).

En el estudio realizado se puede observar que la mitad de los encuestados mantienen prácticas heterosexuales, siendo ellos la mayoría.

Gráfico 3. Distribución de acuerdo al tipo de apoyo que tienen los pacientes que reciben TARV en el hospital "Enrique Garcés" durante los meses de agosto y septiembre del 2013.



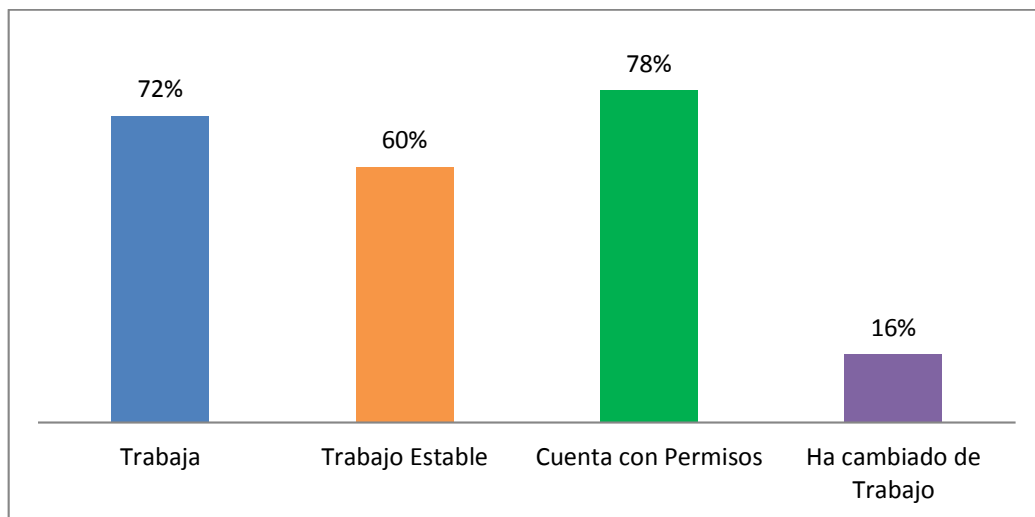
FUENTE: Pacientes que reciben TARV en el Hospital "Enrique Garcés"
ELABORADO POR: Jessica Cisneros

El apoyo social implica un patrón duradero de vínculos que desempeñan un papel significativo en el mantenimiento de la integridad de la persona al promover apoyo emocional, orientación cognitiva y consejo. La presencia del apoyo social puede contribuir directamente sobre la salud

El apoyo social también favorece la mejor adherencia al tratamiento antirretroviral. En casos extremos de falta de apoyo, personas con situación de exclusión social tienen peores condiciones básicas de vida y peor calidad de vida. (Asociación T4 Elkartea S/A)

En el estudio realizado se puede ver que sí existe un alto grado de apoyo por parte tanto de las familias como de los amigos de las personas encuestadas, pero de acuerdo a comentarios realizados por los pacientes manifiestan que el apoyo por parte de sus familias no es completo ya que son solo 2 o 3 personas las que saben que tienen la enfermedad.

Gráfico 4. Distribución de acuerdo a la situación laboral y estabilidad que tienen los pacientes que reciben TARV en el hospital “Enrique Garcés” durante los meses de agosto y septiembre del 2013.



FUENTE: Pacientes que reciben TARV en el Hospital “Enrique Garcés”

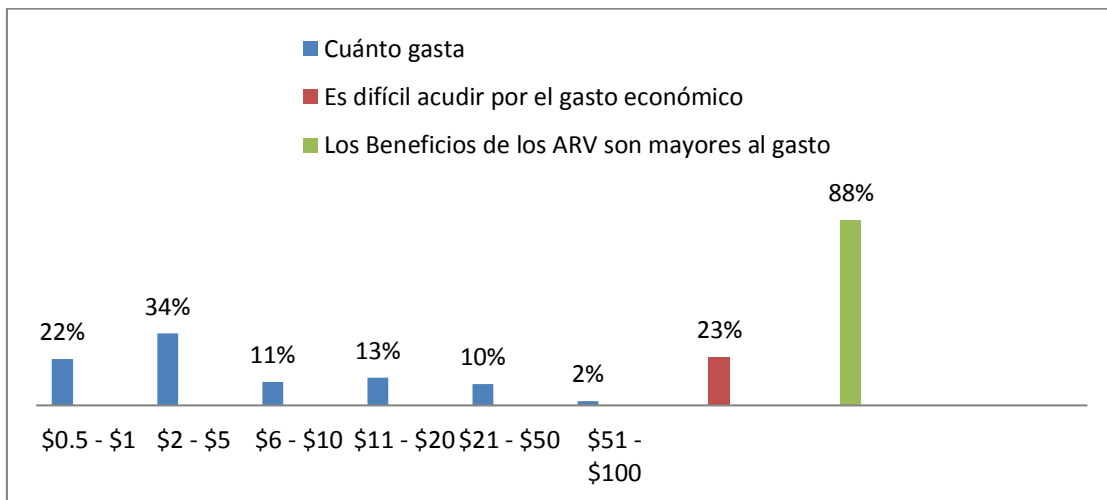
ELABORADO POR: Jessica Cisneros

En el estudio “Factores de la adherencia de las personas que viven con VIH-SIDA que reciben esquema tratamiento antirretroviral en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Huánuco”, realizado en Perú se observa que el 90% de la población de

estudio cuenta con trabajo, y de éstos solamente un 10% mantiene un trabajo estable, a diferencia de este estudio en donde podemos observar que el 72% trabaja, de éstos el 60% cuenta con trabajo estable.

De los pacientes que cuentan con trabajo estable, el 20% de ellos no cuentan con permisos cada vez que tienen que acudir a retirar sus medicamentos debido a que en su trabajo no saben de su enfermedad, y algunos de ellos han tenido que cambiar de trabajo por estas razones.

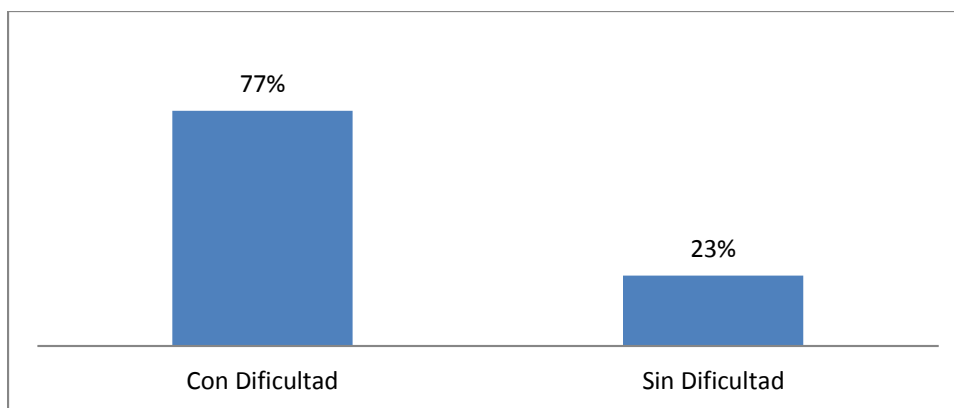
Gráfico 5. Distribución de acuerdo al Gasto Económico que realizan los pacientes que reciben TARV en el hospital “Enrique Garcés” para retirar los medicamentos y el beneficio que obtienen de los mismos durante los meses de agosto y septiembre del 2013.



FUENTE: Pacientes que reciben TARV en el Hospital “Enrique Garcés”
ELABORADO POR: Jessica Cisneros

De acuerdo a un estudio realizado en Venezuela el gasto promedio que deben realizar las PVVS es de \$159 mensuales, mientras que en el estudio realizado en el Hospital “Enrique Garcés” de Quito, se observa que el gasto mensual que realizan los pacientes es relativamente bajo ya que va desde los 0.50 centavos hasta los 2 dólares; esto se debe a que viven por los alrededores del hospital. En cambio la cantidad máxima que gastan es de \$100 dólares ya que viven fuera de la ciudad de Quito y se les hace difícil acudir a retirar sus medicamentos y no quieren recibir atención en cada una de sus provincias ya que ellos consideran que el gasto que realizan es una inversión más que un gasto ya que con eso pueden mejorar su calidad de vida.

Gráfico 6. Distribución de acuerdo a la accesibilidad geográfica que tienen los pacientes hasta llegar a la unidad de atención durante los meses de agosto y septiembre del 2013.



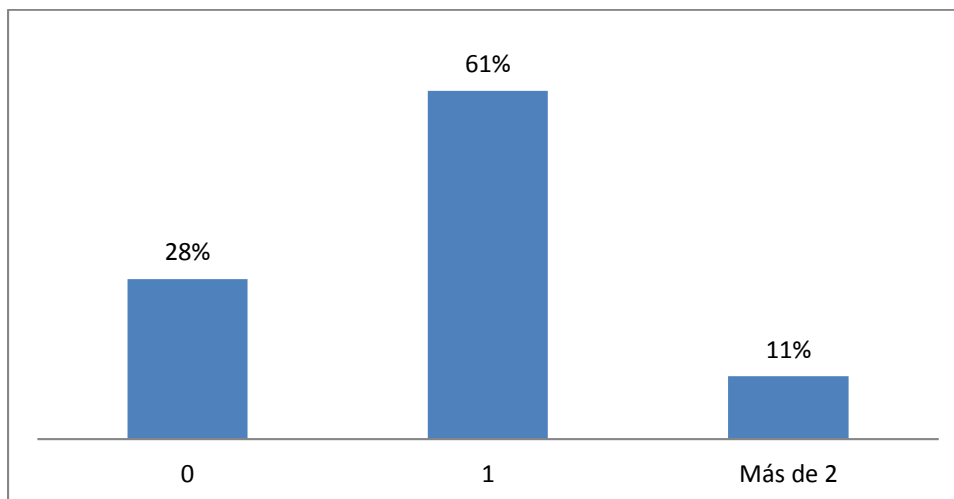
FUENTE: Pacientes que reciben TARV en el Hospital "Enrique Garcés"
LABORADO POR: Jessica Cisneros

De acuerdo al Programa Nacional de SIDA, Caracas 2008, se ha demostrado que mientras más complejo el TARV, la adherencia disminuye. La interferencia con los hábitos, bien en el horario de trabajo o en sus actividades habituales diarias, lleva a algunos de estos pacientes a dejar de tomar el medicamento o a hacerlo en horarios incorrectos. La aparición de efectos adversos constituye un factor estrechamente vinculado con la adherencia.

Según la experiencia en esta unidad de salud, para los pacientes no existe dificultad en acudir a retirar su medicación debido a que viven cerca de esta unidad de atención y llegan caminando hasta el lugar.

4.1.2 ESTILOS DE VIDA DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO

Gráfico 7. Distribución de acuerdo al Número de Parejas con las que mantienen relaciones sexuales los pacientes que reciben TARV en el hospital "Enrique Garcés" durante los meses de agosto y septiembre del 2013.



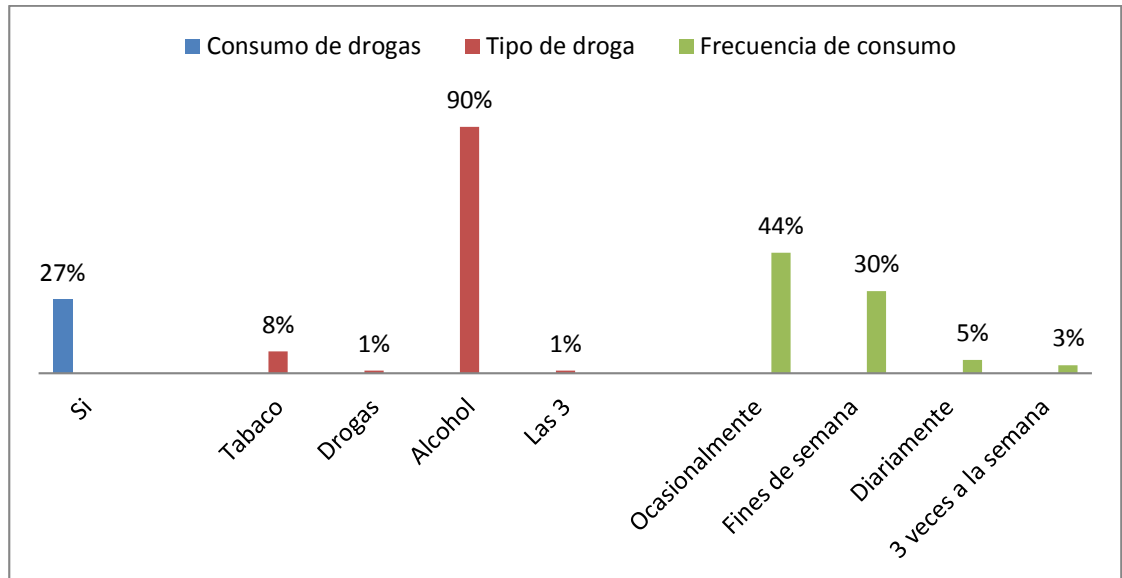
FUENTE: Pacientes que reciben TARV en el Hospital "Enrique Garcés"
ELABORADO POR: Jessica Cisneros

Los datos suministrados por el National Council of La Raza apuntan a que las mujeres casadas o en relaciones monógamas se encuentran en un mayor riesgo, ya que éstas consideran estar más a salvo en su relación. Sin embargo, los roles de género definidos y apoyados por la cultura latina tradicional, en ocasiones pueden llevar a ser un arma de doble filo, manteniendo expectativas más pobres sobre la conducta sexual adecuada del varón, dando lugar a la promiscuidad masculina y la tolerancia femenina.

Estas características culturales se han vinculado a la sumisión de las mujeres a tener relaciones íntimas conyugales sin hacer preguntas, mientras que los hombres se involucran sexualmente con diferentes parejas sin protección. (Ramos Z. 20129).

Esta es una tendencia que al parecer se da a nivel mundial ya que lo podemos corroborar dentro del estudio realizado tomando en cuenta que en nuestro medio existe aún el machismo dentro del pensamiento de la población, lo que implica que se dejen de lado valores que deberían ser respetados como la fidelidad.

Gráfico 8. Distribución de acuerdo al consumo de sustancias tóxicas, tipo de droga y frecuencia de consumo que mantienen los pacientes que reciben TARV en el hospital "Enrique Garcés" durante los meses de agosto y septiembre del 2013.



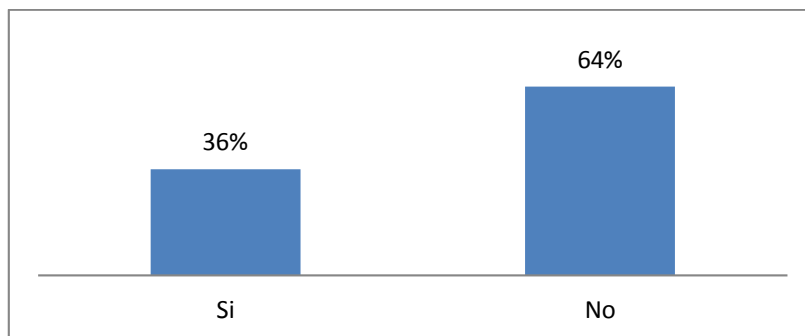
FUENTE: Pacientes que reciben TARV en el Hospital "Enrique Garcés"
ELABORADO POR: Jessica Cisneros

Dentro de las conductas de riesgo que presentan las personas con SIDA se encuentra el uso de drogas en cualquiera de sus formas de administración las mismas que influyen de mala manera en los pacientes que utilizan TARV ya que de acuerdo al tipo y a la frecuencia de su consumo afecta la adherencia al tratamiento ya que ellos al encontrarse fuera de su conciencia se olvidan de tomar su medicamento, lo toman a destiempo o la medicina no hace el efecto esperado dentro de su organismo.

Según el artículo Adherencia a la Terapia Antiretroviral de los pacientes VIH (+) y usuarios de drogas, manifiesta que generalmente los usuarios de drogas intravenosas interrumpen su tratamiento, mientras que quienes no usan drogas intravenosas se encuentran con fallas terapéuticas.

Los hábitos y costumbres en nuestro medio influyen en el modo de vida de los pacientes; tomando en cuenta que las drogas que más se consumen son aquellas denominadas "sociales" como el tabaco y el alcohol, sin embargo existe un mínimo porcentaje de pacientes que consumen otro tipo de drogas lo que influye en una mala adherencia al tratamiento.

Gráfico 2 Facilidad para adquirir otras enfermedades luego de iniciar el en los pacientes que reciben el tratamiento en el hospital TARV "Enrique Garcés", durante los meses de agosto y septiembre del 2013.



FUENTE: Pacientes que reciben TARV en el Hospital "Enrique Garcés"
ELABORADO POR: Jessica Cisneros

Las Infecciones oportunistas se presentan cuando el sistema inmune del paciente está debilitado. La mayoría de las infecciones oportunistas que amenazan la vida ocurren cuando el recuento de CD4 es inferior a 200 células/mm³. Las infecciones oportunistas son la causa más común de muerte en personas con VIH/SIDA. (Geo Salud S/A)

Cuando no se tiene una correcta adherencia a los medicamentos, las células CD4 pueden disminuir e incrementarse la carga viral, lo que permite que el cuerpo sea más susceptible a sufrir el contagio de otras enfermedades.

Los pacientes del estudio manifiestan que no sienten que actualmente se enfermen con mayor facilidad ya que sienten que se encuentran en un período de estabilidad en este aspecto.

4.1.3 ADHERENCIA AL TRATAMIENTO CON ANTIRETROVIRALES Y FACTORES RELACIONADOS

Tabla 9. Relación entre la adherencia y cumplimiento del horario para la ingesta de alimentos en los pacientes que reciben TARV en el hospital "Enrique Garcés" durante agosto y septiembre del 2013.

		ADHERENCIA AL TRATAMIENTO		TOTAL
		SI	NO	
Cumple con el horario alimenticio	SI	134	36	170
	NO	72	58	130
TOTAL		206	94	300

FUENTE: Pacientes que reciben TARV en el Hospital "Enrique Garcés"
ELABORADO POR: Jessica Cisneros

OR= 2.99

Es importante que los pacientes mantengan un adecuado horario para su alimentación ya que existen medicamentos que deben tomarse junto a las comida para disminuir sus efectos secundarios; así como también hay otros a los que se los puede ingerir con el estómago vacío.

En este cuadro se puede apreciar que los pacientes que cumplen con un horario para ingerir sus alimentos tienen una mejor adherencia; es decir 2.99 debido a que así disminuyen sus efectos secundarios y no dejan de tomar sus tabletas. Por lo tanto el horario de la ingesta de alimentos influye en la adherencia al TARV.

Tabla 10. Relación entre adherencia y aceptación de Recibir el Tratamiento en los pacientes que reciben TARV en el hospital “Enrique Garcés” durante agosto y septiembre del 2013.

		ADHERENCIA AL TRATAMIENTO		TOTAL
		SI	NO	
Forma de aceptar inicio del tratamiento	Voluntario	194	77	271
	Obligado	12	17	29
TOTAL		206	94	300

FUENTE: Pacientes que reciben TARV en el Hospital “Enrique Garcés”
ELABORADO POR: Jessica Cisneros

OR= 3.56

Cuando un paciente acepta iniciar el tratamiento antirretroviral obligado, tiene mayores probabilidades de no adherirse correctamente al tratamiento y de esta forma tener fallas virológicas en su organismo y ser susceptible de otras enfermedades.

Varios de los pacientes encuestados manifestaron que iniciaron su tratamiento “voluntariamente” ya que presentaron síntomas graves del SIDA y tuvieron que ser hospitalizados.

Los pacientes que aceptaron voluntariamente recibir el TARV tienen una adherencia de 3.56 sobre los que lo iniciaron por obligación; ya que ellos saben que mientras tomen las medicinas el virus no se va a multiplicar, ni sus defensas van a bajar por lo que no tendrán complicaciones en su salud.

Tabla 11. Relación entre adherencia e ingesta del TARV con tranquilidad frente a otras personas en los pacientes que reciben TARV en el Hospital “Enrique Garcés” durante agosto y septiembre del 2013.

		ADHERENCIA AL TRATAMIENTO		TOTAL
		SI	NO	
Toma los medicamentos con tranquilidad	SI	135	53	188
	NO	71	41	112
TOTAL		206	94	300

FUENTE: Pacientes que reciben TARV en el Hospital “Enrique Garcés”
ELABORADO POR: Jessica Cisneros

OR= 0.68

Se puede determinar que la tranquilidad con la que tomen la medicina los pacientes no se un factor que influye en la adherencia.

Tabla 12. Relación entre adherencia y la aceptación de la enfermedad en los pacientes que reciben TARV en el Hospital “Enrique Garcés” durante agosto y septiembre del 2013.

		ADHERENCIA AL TRATAMIENTO		TOTAL
		SI	NO	
Aceptación de la enfermedad	SI	191	73	264
	NO	15	21	36
TOTAL		206	94	300

FUENTE: Pacientes que reciben TARV en el Hospital “Enrique Garcés”
ELABORADO POR: Jessica Cisneros

OR= 0.27

El hecho de que un paciente no acepte su enfermedad tampoco es un factor que influye en la adherencia; no existe relación entre las variables.

Tabla 13. Relación entre adherencia y la disponibilidad del medicamento antiretroviral en el Hospital “Enrique Garcés” durante agosto y septiembre del 2013.

		ADHERENCIA AL TRATAMIENTO		TOTAL
		SI	NO	
Disponibilidad del medicamento	SI	204	89	293
	NO	2	5	7
TOTAL		206	94	300

FUENTE: Pacientes que reciben TARV en el Hospital “Enrique Garcés”
ELABORADO POR: Jessica Cisneros

OR= 0.17

La disponibilidad del medicamento tampoco influye en la adherencia.

Tabla 14. Relación entre adherencia y la confianza que tienen en los pacientes que reciben TARV en el hospital “Enrique Garcés” con su médico durante agosto y septiembre del 2013.

		ADHERENCIA AL TRATAMIENTO		TOTAL
		SI	NO	
Tiene confianza	SI	198	85	283
	NO	9	8	17
TOTAL		206	94	300

FUENTE: Pacientes que reciben TARV en el Hospital “Enrique Garcés”
ELABORADO POR: Jessica Cisneros

OR= 0.48

No existe relación entre confianza con el médico y adherencia.

Tabla 15. Relación entre la adherencia y la comunicación que tienen en los pacientes que reciben TARV en el hospital “Enrique Garcés” con su médico durante agosto y septiembre del 2013.

		ADHERENCIA AL TRATAMIENTO		TOTAL
		SI	NO	
Tiene una adecuada Comunicación con el médico	SI	200	88	288
	NO	6	6	12
TOTAL		206	94	300

FUENTE: Pacientes que reciben TARV en el Hospital “Enrique Garcés”
ELABORADO POR: Jessica Cisneros

OR= 2.27

Dentro de los factores que influyen para una mala adherencia al TARV, se la comunicación que el paciente tiene con el personal de salud, especialmente el médico con cada uno de los pacientes, ellos manifiestan que el médico es bravo y que no les gusta que les rete; además que es difícil preguntarle algo porque no les brinda una respuesta adecuada, que les grita y que no les escucha. Lo cual permite que exista un 2.27 de probabilidades de una mala adherencia al TARV; por lo tanto este si es un factor que influye directamente en la adherencia.

Tabla 16. Relación entre adherencia y la necesidad de contar con la opinión médica sobre el manejo de su salud durante agosto y septiembre del 2013.

		ADHERENCIA AL TRATAMIENTO		TOTAL
		SI	NO	
Opinión médica	SI	170	63	233
	NO	36	31	67
TOTAL		206	94	300

FUENTE: Pacientes que reciben TARV en el Hospital "Enrique Garcés"
ELABORADO POR: Jessica Cisneros

OR= 2.32

La confianza que cada uno de los pacientes mantenga con su médico es importante ya que ellos al sentir molestias de otra enfermedad o defectos en su salud pueden acudir hacia él o llamarle telefónicamente para que les recete un medicamento y esto no influya en la efectividad de los medicamentos.

A pesar de contar con una buena comunicación con el médico, los pacientes manifiestan que no siempre le preguntan a éste sobre la ingestión de medicamentos para otras enfermedades como por ejemplo la gripe; ya sea porque viven lejos o porque no lo creen necesario y que ellos se auto-medican o piden ayuda a los farmacéuticos. Esto influye directamente en la adherencia al tratamiento ya que pueden dejar de tomar sus medicinas por combatir otra enfermedad; por lo tanto los pacientes tienen el 2.32 de probabilidades de tener una mala adherencia.

Tabla 17. Relación entre adherencia y cambio de esquema de tratamiento en los pacientes que reciben TARV en el hospital “Enrique Garcés” durante agosto y septiembre del 2013.

		ADHERENCIA AL TRATAMIENTO		TOTAL
		SI	NO	
Se encuentra en el primer esquema de tratamiento	SI	121	43	164
	NO	85	51	136
	TOTAL	206	94	300

FUENTE: Pacientes que reciben TARV en el Hospital “Enrique Garcés”
 ELABORADO POR: Jessica Cisneros

OR= 1.68

El hecho de que un paciente no se encuentre dentro de su primer esquema de tratamiento indica que no tuvo una buena adherencia o hizo algún tipo de resistencia a los medicamentos; ya sea al primer o segundo esquema y por lo tanto se debió iniciar un nuevo esquema de rescate. Esto sucede porque los pacientes no cumplen correctamente con cada uno de los factores antes mencionados.

De acuerdo a la experiencia obtenida con los pacientes, manifiestan que “no saben” porque les cambiaron de pastillas y otros dicen que simplemente fue decisión médica pero también hay pacientes a quienes se ha iniciado “La Tripla” y piensan que se encuentran dentro de otro esquema de tratamiento. Frente a este factor existe el 1.68 de probabilidades de una mala adherencia al tratamiento.

Tabla 18. Relación entre adherencia y calidad de vida actual en los pacientes que reciben TARV en el hospital “Enrique Garcés” durante agosto y septiembre del 2013.

		ADHERENCIA AL TRATAMIENTO		TOTAL
		SI	NO	
Ha mejorado su calidad de vida	SI	32	25	57
	NO	174	69	243
	TOTAL	206	94	300

FUENTE: Pacientes que reciben TARV en el Hospital “Enrique Garcés”
 ELABORADO POR: Jessica Cisneros

OR= 1.97

Un paciente al percibir que su calidad de vida está mejorando con la toma de su medicamento, va a sentirse bien y esto va a influir de manera positiva para que tenga una mejor adherencia debido a que quiere sentirse bien constantemente. Los pacientes expresan que se sienten igual; “ni mejor ni peor” y que toman las medicinas porque les “toca”; este es un factor que influye en la adherencia ya que mientras los pacientes sientan que no tienen problemas en su salud, van a tomar cumplidamente sus medicinas pero existe el 1.97 de probabilidad de que no lo hagan.

CONCLUSIONES

- Dentro del estudio, de acuerdo a los resultados, se puede determinar que el horario para ingerir los alimentos, la aceptación para recibir el tratamiento, la comunicación con el personal de salud, la opinión médica, el cambio de esquema y la calidad de vida que tienen los pacientes influye directamente sobre la adherencia al TARV.
- Dentro de las características sociodemográficas de los pacientes que reciben tratamiento antirretroviral, se encuentra que son personas de 26 a 40 años, en su mayoría heterosexuales, que cuentan con el apoyo de sus familiares y amigos; son de una clase media y varios de ellos viven fuera de la ciudad de Quito, lo que les complica el asistir a sus citas médicas, pero no quieren cambiar su lugar de atención por la confianza que tienen a sus médicos.
- Los pacientes que trabajan han tomado conciencia de su enfermedad y de su tratamiento por lo que están pendientes de sus citas médicas a pesar de la dificultad que representa para muchos de ellos ya que en su sitio de trabajo no saben de su enfermedad.
- Los estilos de vida propuestos para una adecuada adherencia a su tratamiento son demasiado estrictos, por lo que es difícil cumplirlos en su totalidad. De acuerdo a los resultados obtenidos se observa que debido a su forma de vida, hábitos y las actividades que realizan los pacientes es difícil que cumplan con el estilo de vida óptimo para sobrellevar su tratamiento.
- Por lo expuesto se puede concluir que el no llevar el estilo de vida propuesto puede llevar a los pacientes con SIDA, a que no tengan una adherencia adecuada al tratamiento, puesto que al no cumplir con horarios, indicaciones médicas y otras recomendaciones, permiten que el efecto farmacológico del medicamento disminuya al igual que sus defensas y por lo tanto su carga viral y otras complicaciones aumentan.
- Del 100% de los pacientes encuestados, el 30% no cumplen con los parámetros de adherencia en el tema de horarios, y de no tomar correctamente el medicamento; llegando a la conclusión de que la adherencia real que existe en la Unidad de Atención de VIH Y SIDA del hospital “Enrique Garcés” es del 70%.

RECOMENDACIONES

- Las guías de práctica clínica indican que es importante el apoyo familiar a los pacientes con SIDA; por lo tanto se recomienda proporcionar la orientación adecuada tanto a los pacientes como a los familiares sobre las conductas que se deben tomar al iniciar el TARV.
- Dentro de la capacitación que se debe brindar al paciente, se recomienda sensibilizar a cada uno de ellos sobre la importancia de mantener una adherencia adecuada al TARV.
- Se recomienda realizar un seguimiento domiciliario para establecer los factores individuales que pueden disminuir la adherencia al tratamiento en cada uno de los pacientes.
- En la Unidad de Atención a los pacientes con VIH-SIDA, del hospital Enrique Garcés, se realiza una charla semanal dirigida a ellos; la Guía de Práctica Clínica recomienda apoyo psicológico, ocupacional y físico por lo que se recomienda realizar tres veces a la semana estas charlas, incorporando talleres de gimnasia y manualidades.
- La Guía también establece garantizar responsabilidades para el apego al TARV como son la disponibilidad permanente del medicamento y se recomienda que las autoridades encargadas realicen las gestiones con algún laboratorio farmacéutico para distribuir pastilleros para que los pacientes no tengan que llevar todo el frasco de pastillas o que se las guarden en lugares donde se les pueda perder.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aprendiendo sobre SIDA (En línea) Consultado: (1 de junio del 2011) Disponible: <http://www.descida.org.ar/aprendiendo.htm>
- Análisis de Células CD4 (Células T) (En línea) Consultado: (2 de junio del 2011) Disponible: http://www.aidsinfonet.org/fact_sheets/view/124?lang=spa#_QU__SON_LAS_C_LULAS_CD4__C_LULAS_T__
- Biología del sida (En línea) Consultado: (2 de junio del 2011) Disponible: http://uk/spanish/specials/1251_biologia_sida/page5.shtml
- CEPVVS (En línea) Consultado: (1 de junio del 2011) Disponible: http://www.portalsida.org/Organisation_Details.aspx?orgid=2391
- Carga Viral (En línea) Consultado: (2 de junio del 2011) Disponible: http://es.wikipedia.org/wiki/Carga_viral
- Diez datos sobre el VIH/SIDA (En línea) Consultado: (31 de mayo del 2011) Disponible: <http://www.who.int/features/factfiles/hiv/es/index.html>
- Enfermedades Oportunistas del SIDA (En línea) Consultado: (2 de junio del 2011) Disponible: http://www.google.com.mx/search?sourceid=navclient&hl=es&ie=UTF8&rlz=1T4TSLA_esEC422EC422&q=sarcoma+de+Kaposi+y+la+Pneumon%c3%ada+por+Pneumocystis+carinii
- Efectos Inmunológicos de la Infección VIH (En línea) Consultado: (2 de junio del 2011) Disponible: <http://epidemiologiamolecular.com/18/12/2008/efectosinmunologicos-de-la-infeccion/>
- Infections: VIH Y SIDA (En línea) Consultado: (2 de junio del 2011) Disponible: http://kidshealth.org/parent/en_espanol/infecciones/hiv_esp.html?tracking=P_RelatedArticlesida

- Introducción al sida (En línea) Consultado: (2 de junio del 2011) Disponible:<http://www.monografias.com/trabajos11/intsida/intsida.shtml#DESARR>
- “Luis Pasteur”—SIDA (En línea) Consultado: (2 de junio del 2011) Disponible:<http://www.epidemiologia.vet.ulpgc.es/Temas%20de%20Epidemiolog%C3%ADa%20PDF/Lecturas%20complementarias/Tema%204/Sida.pdf>
- Microglía (En línea) Consultado: (1 de junio del 2011) Disponible: <http://es.wikipedia.org/wiki/Microgl%C3%ADa>
- Retrovirus (En línea) Consultado: (1 de junio del 2011) Disponible: <http://enciclopedia.us.es/index.php/Retrovirus>
- SIDA (En línea) Consultado: (2 de junio del 2011) Disponible: <http://es.wikipedia.org/wiki/Sida>
- Tratamiento antirretroviral de la infección por el VI H en adultos y adolescentes en Latinoamérica y el Caribe: en la ruta hacia el acceso universal (En línea) Consultado: (3 de junio del 2011) Disponible: <http://www.icwlatina.org/icw/imagenes/biblioteca/Adherencia.pdf>
- VIH en Ecuador percepción de riesgo: 0 (En línea) Consultado: (31 de mayo del 2011) Disponible: <http://www.vistazo.com/ea/reportaje/?elmpresa=1014&id=2966>
- VIH – SIDA Ecuador El aumento de la Transmisión (En línea) Consultado: (31 de mayo del 2011) Disponible: <http://cuidatenpositivo.blogspot.com/2009/09/vih-sida-ecuador-el-aumento-de-la.html>
- Virus de Epstein-Barr (En línea) Consultado: (1 de junio del 2011) Disponible: http://es.wikipedia.org/wiki/Virus_de_Epstein-Barr
- Adherencia al Tratamiento Antirretroviral.- Dra. Rocío Mena- Campus Esther (2009)
- Manual OPS Consultado: (2 de junio del 2011) Disponible: Manual OPS

- Vivir en positivo Bolivia (2006)

- Estadísticas de la ENS-MSP sobre VIH/sida del período 1984-2011 (En línea) Consultado: 28 de octubre del 2013) Disponible: <http://www.coalicionecuatoriana.org/cepvvs.php?c=1289>

- Prácticas de Riesgo y Seroprevalencia al VIH, VHB y VHC en los Pacientes del Centro de Información y Prevención del SIDA de Valencia (En línea) Consultado: 28 de octubre del 2013) Disponible: <http://www.sciencedirect.com//article/pii/S0213911199713178>

- ADHERENCIA A LA TERAPIA ANTIRETROVIRAL (ARV) DE LOS PACIENTES VIH (+) USUARIOS DE DROGAS (En línea) Consultado: 28 de octubre del 2013) Disponible: <http://armandoespinal.blogspot.com/2012/03/adherencia-la-terapia-antiretroviral.html>

- Discriminación de personas con VIH/Sida (En línea) Consultado: 28 de octubre del 2013) Disponible: <http://www.mujeerestransformandoelmundo.org/?s=t&id=28>

- Guía de Autocuidado para Personas Viviendo con el VIH/SIDA (Colombia 2012)

- (PVVS) (En línea) Consultado: 28 de octubre del 2013) Disponible: http://www.imt.edu.py/admin/uploads/Documento/guia_autocuidado.pdf

- Aceptación del diagnóstico. (En línea) Consultado: 28 de octubre del 2013) Disponible: <http://asociaciont4.net/vih/vih/aceptacion-del-diagnostico/>

- Una sola tableta al día, tratamiento antirretroviral para VIH-SIDA (En línea) Consultado: 28 de octubre del 2013) Disponible: <http://www.cronica.com.mx/apps.php>

- El Virus de Inmunodeficiencia Humana – VIH (En línea) Consultado: 28 de octubre del 2013) <http://es.scribd.com/doc/33553446/VIH-monografia>

- VIH Y SIDA, Lo que usted debe saber (En línea) Consultado: 28 de octubre del 2013)
http://www.indetectable.org/pages/vih_sida.htm
- Virus de la inmunodeficiencia humana 2011 (En línea) Consultado: 28 de octubre del 2013) <http://es.wikipedia.org/wiki/Virusdelainmunodeficienciahumana>

ANEXOS

Anexo 1. MATRIZ DE VACIADO PARA OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSIONES	CONCEPTO	INDICADORES	ESTRUCTURA INDICADOR	ESCALA
Factores psicosociales relacionados al paciente.	Condiciones que se encuentran presentes en la vida diaria y que están directamente relacionadas con la toma de los antiretrovirales y afectan al bienestar físico, psíquico o social del paciente. Los factores psicosociales pueden influir positiva o negativamente en el tratamiento.	Consumo de sustancias tóxicas	La ingesta de sustancias que originan cambios de conducta en las personas y pueden generar en el olvido de la toma de medicamentos o una interacción desfavorable con los mismos.	# de pacientes que consumen sustancias tóxicas	# de pacientes que consumen sustancias tóxicas/total de pacientes	Nominal
		Apoyo familiar y de amigos	Es el grado de respuesta de la familia y amigos para hacer frente a la situación y la capacidad de éstos para expresar sentimientos y pensamientos hacia el enfermo	# de pacientes que cuentan con apoyo familiar y/o de amigos	# de pacientes que cuentan con apoyo familiar y/o de amigos/ total de pacientes	Nominal
		Predisposición	Pensamiento que tiene el paciente para aceptar o no el tratamiento	% de pacientes que aceptaron voluntariamente recibir tto.	% de pacientes que aceptaron voluntariamente recibir tto./ total de pacientes	Nominal
		Disponibilidad de trabajo	Es la condición laboral en la que se encuentran los pacientes con TARV	# de pacientes que tienen trabajo estable.	# de pacientes que tienen trabajo estable/total de pacientes	Nominal

		Permisos laborales	Que el horario de trabajo sea susceptible a cambios y variaciones para que el paciente pueda acudir a sus citas médicas.	# de pacientes que pueden acceder a permisos laborales para acudir a sus citas médicas	# de pacientes que pueden acceder a permisos laborales para acudir a sus citas médicas/total de pacientes.	Nominal
		Horario de alimentación		# de pacientes que cumplen horarios estrictos de alimentación	# de pacientes que cumplen horarios estrictos de alimentación/total de pacientes	Nominal
		Relaciones interpersonales	Es la relación que existe entre el paciente con TARV y las personas que lo rodean; el grado de confianza que existe para tomar su medicación frente a ellos.	# de pacientes que no toman la medicación frente a otras personas	# de pacientes que no toman la medicación frente a otras personas/total de pacientes	Nominal
Factores relacionados con la enfermedad.	Son situaciones en las que el organismo se ve afectado por diversas circunstancias relacionadas con el desarrollo de la enfermedad o con la aceptación o no de la misma.	Complicaciones	Situaciones que agravan y complican el curso de la enfermedad	# de pacientes con complicaciones	# de pacientes con complicaciones/total de pacientes	Nominal
		Pérdida de trabajo	Aquella situación dada por la constante inasistencia completa o parcial del paciente.	# de pacientes que han perdido su trabajo debido a la enfermedad	# de pacientes que han perdido su trabajo debido a la enfermedad/total de pacientes	Nominal
		Deterioro del estado de salud	Pérdida del bienestar físico, mental, social y espiritual ya sea uno de ellos o todos los componentes	# de pacientes que manifiestan deterioro en su salud	# de pacientes que manifiestan deterioro en su salud/total de pacientes	Nominal

		<p>Aceptación de la enfermedad</p> <p>Edad</p>	<p>Es el cambio que debe realizar el paciente en su entorno para evitar el desarrollo acelerado de la enfermedad.</p>	<p># de pacientes que han aceptado su enfermedad</p> <p>% de pacientes por edades con menor adherencia al tto.</p>	<p># de pacientes que han aceptado su enfermedad/total de pacientes</p> <p>% de pacientes por edades con menor adherencia al tto</p>	<p>Nominal</p> <p>Nominal</p>
Factores relacionados con el medicamento o esquema de antiretrovirales	Son sucesos que impiden o limitan a una persona a tomar adecuadamente sus medicamentos y que éstos puedan actuar adecuadamente en el organismo.	Disponibilidad	Es la capacidad con la que cuenta el paciente para mantener una dotación adecuada del medicamento para su consumo. Esta puede ser por parte del paciente o la institución de salud.	# de pacientes que reciben oportunamente la medicación	# de pacientes que reciben oportunamente la medicación/total de pacientes	Nominal
		Efectos adversos	Son síntomas indeseables previstos que pueden presentar los pacientes ante la prescripción de un determinado tratamiento.	# de pacientes que han sufrido efectos adversos al TARV	# de pacientes que han sufrido efectos adversos al TARV/total de pacientes	Nominal
		Horarios de toma de medicamentos	Problemática del tratamiento por tener que despertarse obligatoriamente para tomar un medicamento.	# de pacientes que cumplen con el horario estricto	# de pacientes que cumplen con el horario estricto/total de pacientes	Nominal
Factores relativos a la relación médico-paciente	Es una relación en la cual el médico como profesional debe estar dispuesto a brindar su ayuda en forma humanitaria y sensible al paciente.	Confianza	Es una parte fundamental de la relación médico/paciente porque aumenta la satisfacción del paciente, el cumplimiento del tto y la continuidad de la atención.	# de pacientes que tienen confianza con su médico	# de pacientes que tienen confianza con su médico/total de pacientes	Nominal

		Comunicación	Sirve para obtener la información que el médico necesita en el cumplimiento de sus funciones, pero también para que el paciente se sienta escuchado, comprendido y copartícipe de su atención.	# de pacientes que tienen buena comunicación con su médico	# de pacientes que tienen buena comunicación con su médico/total de pacientes	Nominal
		Autonomía dada al paciente	Grado de participación que tiene el paciente para realizar sus actividades sin tener que depender de la opinión de su médico.	# de pacientes que tienen autonomía	# de pacientes que tienen autonomía/total de pacientes	Nominal
Accesibilidad	Es el grado que tienen las personas para acceder a un servicio público o privado.	Económica	Condiciones para acceder a un ingreso económico que puedan satisfacer las necesidades de cada persona.	# de pacientes que tienen ingresos económicos	# de pacientes que tienen ingresos económicos/total de pacientes	Nominal
		Geográfica	Medios necesarios de los que dispone cada individuo para trasladarse a una casa de salud.	# de pacientes que tienen facilidades de acceso a la casa de salud	# de pacientes que tienen facilidades de acceso a la casa de salud/total de pacientes	Nominal
		Cultural	Son las condiciones en las que el paciente acude a los diferentes centros de atención sin discriminación por parte del personal.			Nominal
Orientación sexual	La orientación sexual comprende los deseos, sentimientos, prácticas e identificación sexuales; esta orientación sexual puede ser	Heterosexual	Relación erótica entre personas de diferente sexo.	# de pacientes heterosexuales	# de pacientes heterosexuales/total de pacientes	Nominal

	hacia personas del mismo sexo o de diferente sexo	Homosexual Lesbianas Bisexuales	Relación erótica entre personas del mismo sexo. Relación erótica entre personas de ambos sexos.	# de pacientes homosexuales # de pacientes lesbianas # de pacientes bisexuales	# de pacientes homosexuales / total de pacientes # de pacientes lesbianas / total de pacientes # de pacientes bisexuales / total de pacientes	Nominal Nominal Nominal
Tiempo de detección del virus	Tiempo transcurrido desde que se realizó la primera prueba positiva		Tiempo transcurrido para saber si ha durado mucho o poco tiempo para el cambio de tratamiento o esquema,			
Pareja estable	Si vive con una sola pareja sexual		Puede ser un motivo para que los pacientes se re-infecten o se co-infecten			



Anexo 1. GUIA DE ENCUESTA PARA PACIENTES QUE RECIBEN TARV
EN EL HOSPITAL "ENRIQUE GARCÉS" DE QUITO

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE ENFERMERÍA

Buenos días, Esta encuesta tiene como objetivo determinar el grado de adherencia que los pacientes del Hospital "Enrique Garcés" mantienen al TARV y establecer las causas por las que no se adhieren completamente al mismo.

Sus respuestas serán tratadas de forma confidencial y no serán utilizadas para ningún propósito distinto a la investigación.

EDAD: _____

POR FAVOR MARQUE CON UNA X EN LA RESPUESTA SEGÚN SU CRITERIO:

1. Cuál es su inclinación sexual?
Homosexual _____
Lesbiana _____
Bisexual _____
Heterosexual _____
2. Cuántos compañeros sexuales tiene? _____
3. Hace que tiempo le detectaron el virus?
Menos de 1 año _____
De 1 a 3 años _____
De 3 a 5 años _____
Más de 5 años _____
4. Cuánto tiempo lleva tomando el Tratamiento Antirretroviral?
Menos de 1 año _____
De 1 a 3 años _____
De 3 a 5 años _____
Más de 5 años _____
5. Consume algún tipo de sustancia tóxica como drogas o alcohol? SI _____ NO _____
Cuál? _____
6. Con qué frecuencia las consume?
Diariamente _____
5 veces por semana _____
3 veces por semana _____
Fines de semana _____
7. Usted cuenta con apoyo familiar para afrontar su enfermedad? SI _____ NO _____
8. Usted cuenta con apoyo de amigos para su enfermedad? SI _____ NO _____
9. Usted inició su tratamiento: Voluntariamente _____ Obligado/a _____

10. Usted trabaja? SI _____ NO _____

Si su respuesta es NO, continúe a la pregunta # 15

11. Cuenta con trabajo estable? SI _____ NO _____

12. Cuenta con los permisos necesarios en su trabajo para acudir a sus citas médicas?
SI _____ NO _____

13. En su trabajo conocen de su enfermedad? SI _____ NO _____

14. Ha tenido que cambiar varias veces de trabajo a causa de la enfermedad?
SI _____ NO _____

15. Toma tranquilamente sus medicamentos frente a otras personas?

SI _____ NO _____

Porqué? _____

16. Usted ingiere sus comidas como desayuno, almuerzo y merienda a la misma hora todos los días? SI _____ NO _____

17. Usted cree que actualmente se enferma con mayor facilidad que antes? SI _____ NO _____

18. Actualmente, usted ya ha aceptado su enfermedad? SI _____ NO _____

19. Dispone de su medicamento en cantidad suficiente?

Siempre _____

Casi siempre _____

Nunca _____

20. Ha dejado de tomar su medicación por los Efectos Adversos o reacciones que le producen los medicamentos? SI _____ NO _____

21. Ha dejado de tomar su medicación por otras razones? SI _____ NO _____
Cuáles?

22. Cumple estrictamente con los horarios para tomar su medicación? SI _____ NO _____

23. Su médico le brinda la confianza suficiente para contarle sus problemas? SI _____ NO _____

24. Mantiene una buena comunicación con su médico? SI _____ NO _____

25. Usted necesita siempre la opinión de su médico para tomar decisiones sobre su salud?
SI _____ NO _____

26. Cuánto gasta cada vez que tiene que ir a obtener el TARV? (transporte, alimentación y otros gastos que considere)

27. Es difícil acudir a sus citas por el gasto económico que debe realizar?

SI _____ NO _____

28. Cree que los beneficios obtenidos del TARV compensarían lo que gasta mensualmente cada vez que tiene que retirar sus medicamentos? SI _____ NO _____

29. Es difícil acudir a sus citas por la distancia que existe desde su casa hasta el hospital? SI _____ NO _____

30. Actualmente se encuentra en su primer esquema de tratamiento Antirretroviral? SI _____ NO _____

31. Cuáles de los siguientes problemas cree usted fue el causante de su cambio de esquema en el tratamiento Antirretroviral?

Malos hábitos para tomar correctamente los medicamentos _____

Resistencia _____

Efectos Secundarios _____

Otros (especifique) _____

32. Usted cree que su calidad de vida ha mejorado con su tratamiento actual? SI _____ NO _____

La encuesta ha concluido.

Muchas gracias por su colaboración

de teléfono _____

Dirección _____