



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA**

“Adherencia farmacológica en pacientes con virus de inmunodeficiencia humana. Hospital José María Velasco Ibarra, 2021”

Trabajo de titulación para optar al título de Médico General

Autores:

**Chancusig Taipe, Alison Pamela
Reyes Solís, Gabriela Alexandra**

Tutor:

Dr. Adrián Elicio Díaz Acosta

Riobamba, Ecuador. 2021

CERTIFICADO DEL TRIBUNAL

Los miembros del tribunal de graduación del Proyecto de Investigación de título: **“ADHERENCIA FARMACOLÓGICA EN PACIENTES CON VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA. HOSPITAL JOSÉ MARÍA VELASCO IBARRA, 2021”**; presentado por las estudiantes Chancusig Taipe Alison Pamela y Reyes Solís Gabriela Alexandra y dirigido por Dr. Adrián Elicio Díaz Acosta.

Una vez escuchada la defensa oral y revisado el informe final del proyecto de investigación con fines de graduación escrito en la cual se ha constatado el cumplimiento de las observaciones realizadas, remite la presente para uso y custodia en la biblioteca de la Facultad de Ciencias de la Educación, Humanas y Tecnologías de la Universidad Nacional de Chimborazo.

Por la constancia de lo expuesto firman:

Dr. Patricio Vásconez
DELEGADO DEL DECANO



Firma

Dr. Wilson Nina Mayancela
MIEMBRO DEL TRIBUNAL



Firma

Dr. Carlos Valarezo García
MIEMBRO DEL TRIBUNAL



Firma

Dr. Adrián Díaz Acosta
TUTOR



Firma

CERTIFICACION DE AUTORÍA

Nosotras, Chancusig Taipe Alison Pamela y Reyes Solis Gabriela Alexandra autoras del trabajo de investigación titulado, “**Adherencia farmacológica en pacientes con virus de inmunodeficiencia humana. Hospital José María Velasco Ibarra, 2021**” declaramos que todo su contenido es original y pertenece al aporte investigativo personal. Nosotras somos responsables de las opiniones, expresiones, pensamientos y concepciones que se han tomado de varios autores para enriquecer el marco teórico. De la misma manera concedemos los derechos de autor de la Universidad Nacional de Chimborazo, según lo establecido por la ley de propiedad intelectual, por su reglamento y normativa vigente.



CHANCUSIG TAIPE ALISON PAMELA

C.I. 0503553349



REYES SOLIS GABRIELA ALEXANDRA

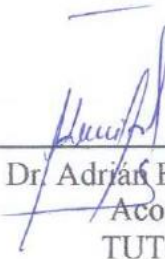
C.I. 0604032094

CERTIFICACION DE TUTORIA

Yo, Adrián Díaz Acosta, con C.I: 1708045560, docente de la carrera de medicina en calidad de Tutor del trabajo de investigación titulado **“ADHERENCIA FARMACOLÓGICA EN PACIENTES CON VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA. HOSPITAL JOSÉ MARÍA VELASCO IBARRA, 2021”**; presentado por la estudiante Chancusig Taipe Alison Pamela, de manera legal certifico haber revisado el desarrollo del mismo, certifico que cumple con los requisitos metodológicos y los requerimientos esenciales exigidos por las normas generales para la graduación, por lo que autorizo su presentación encontrándose apto para la defensa pública.

Es todo lo que puedo decir en honor a la verdad

Tena, 29 de octubre de 2021




Dr. Adrián Elicio Díaz
Acosta
TUTOR

CERTIFICACION DE TUTORIA

Yo, Adrián Díaz Acosta, con C.I: 1708045560, docente de la carrera de medicina en calidad de Tutor del trabajo de investigación titulado **“ADHERENCIA FARMACOLÓGICA EN PACIENTES CON VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA. HOSPITAL JOSÉ MARÍA VELASCO IBARRA, 2021”**; presentado por la estudiante Reyes Solis Gabriela Alexandra, de manera legal certifico haber revisado el desarrollo del mismo, certifico que cumple con los requisitos metodológicos y los requerimientos esenciales exigidos por las normas generales para la graduación, por lo que autorizo su presentación encontrándose apto para la defensa pública.

Es todo lo que puedo decir en honor a la verdad

Tena, 29 de octubre de 2021



Dr. Adrián Díaz Acosta
TUTOR

DEDICATORIA

Quiero dedicar este trabajo primero a Dios por sus bendiciones, por no dejarme rendir y darme la fuerza que necesitaba para continuar y culminar este sueño de ser Médico. A mi madre por ser una mujer luchadora que me ha enseñado a nunca darme por vencida, por el gran amor incondicional que siempre me ha dado y por creer y confiar en mí.

A mi hermana Genesis por su cariño y apoyo incondicional, durante todo este proceso, por estar conmigo en todo momento gracias. A toda mi familia porque con sus oraciones, consejos y palabras de aliento hicieron de mí una mejor persona y de una u otra forma me acompañan en todos mis sueños y metas.

A Gaby mi mejor amiga y compañera de tesis porque durante estos seis años de carrera me ha brindado su amistad incondicional y hemos podido sobrellevar cada dificultad que se nos presentaba juntas, pero sobre todo a mi ángel en el cielo que siempre ha sostenido mi mano y depositó toda su confianza en mí, mi papá Rubén todo esto es por ti.

Alison Pamela Chancusig Taipe

Quiero dedicar este primer logro a mi familia y a su apoyo incondicional en especial a mis padres Carlos y Geoconda quienes con su sacrificio y amor me brindaron la fuerza necesaria en momentos de flaqueza y me impulsaron a continuar y culminar este sueño de ser Médico, a mi hermano Sebastián por ayudarme a seguir adelante a pesar de las peleas y dificultades, a mi abuelita Chelita por ser mi faro guiándome por el camino correcto, por sus consejos que han sido de mucha ayuda en mi vida, a mis tíos, tías y primos por su amor y comprensión cuando muchas veces tuve que dejar de lado eventos familiares por los estudios, a mi amigo Cristófer por darme sus consejos y su amistad y ser una guía durante todo este proceso.

A mi mejor amiga y compañera de tesis Ali por su amistad incondicional y su apoyo para sobrellevar cada obstáculo que se nos ha presentado durante toda la carrera, pero sobre todo a mi abuelito Néstor Solís quien en vida fue el mejor ejemplo a seguir y quien depositó toda su confianza en mí y desde el cielo siempre ha sostenido mi mano y me ha cuidado, nada de esto sería posible sin él.

Gabriela Alexandra Reyes Solís

AGRADECIMIENTO

Primero y más importante agradecemos a nuestro Padre Dios por bendecirnos en cada pasode nuestras vidas, por darnos la sabiduría y empatía para desarrollarnos junto al paciente.

A nuestros padres porque sin su esfuerzo, sacrificio y apoyo continuo esto no sería posible.

Estamos profundamente agradecidas con nuestro tutor de tesis el Dr. Adrián Díaz Acosta médico y docente de medicina interna por sus invaluable consejos, apoyo continuo y paciencia durante todo el internado. Sus inmensos conocimientos y experiencias nos han impulsado tanto en nuestro desarrollo personal, académico y sobre todo en la culminación de nuestro proyecto de tesis.

Nuestra gratitud infinita al Hospital José María Velasco Ibarra y a todos los profesionales que laboran en el, por abrirnos las puertas para cursar nuestro año de internado rotativo y permitirnos convertirnos en profesionales de calidad al servicio de los demás.

Finalmente agradecemos a la carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Chimborazo, por acogernos a lo largo de estos 6 años de formación académica, y brindarnos a través de nuestros docentes lo necesario para el cumplimiento de esta noble labor.

Alison y Gabriela

ÍNDICE

DEDICATORIA	VI
AGRADECIMIENTO	VII
RESUMEN.....	11
ABSTRACT	12
1. CAPÍTULO I	13
1.1. INTRODUCCIÓN.....	13
1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	15
1.4. JUSTIFICACIÓN.....	15
1.5. OBJETIVOS	16
1.5.1. Objetivo General.....	16
1.5.2. Objetivos Específicos.....	16
2. CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO.....	17
2.1. Concepciones generales de VIH-SIDA.....	17
2.2. Epidemiología del VIH-SIDA.....	18
2.3. Tratamiento Antirretroviral.....	18
2.4. Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA)	18
2.5. Inicio del Tratamiento.....	19
2.6. Tratamiento antirretroviral en Ecuador.....	20
2.7. Adherencia Terapéutica y sus Factores.....	20
3. CAPÍTULO III. METODOLOGÍA.....	22
3.1. Tipo de Estudio	22
3.2. Área de Estudio	22
3.3. Universo y Muestra	22
3.4. Criterios de Inclusión.....	23
3.5. Criterios de Exclusión.....	23
3.6. Identificación de las Variables	23
3.6.1. Variable Independiente	23
3.6.2. Variable Dependiente.....	23
3.7. Operacionalización de las variables.....	24
3.8. Consideraciones Éticas	29
4. CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	30
4.1. Análisis Univariante	30
4.1.1. Descripción de la distribución según estructura demográfica.....	31
4.1.2. Descripción de la población según factores de riesgo asociados al paciente.....	31
4.1.3. Descripción de la población según factores de riesgo asociados al tratamiento.....	32

4.1.4.	Descripción de la distribución de la población según su adherencia	33
4.2.	Análisis Bivariante	34
4.2.1.	Descripción de las características demográficas en relación con la carga viral.....	34
4.2.2.	Descripción de la población según factores de riesgo asociados al paciente en relación con la carga viral.....	36
4.2.3.	Descripción de la distribución de la población según factores de riesgo asociados al tratamiento en relación con la carga viral.....	38
4.3.	Valoración de la Adherencia Farmacológica	40
5.	CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	42
5.1.	Conclusiones	42
5.2.	Recomendaciones	42
6.	REFERENCIAS	44
7.	ANEXOS	46

LISTADO DE TABLAS

Tabla 1 Variables Independientes	24
Tabla 2 Variables Dependientes	27
Tabla 3 Distribución según estructura demográfica.....	31
Tabla 4 Descripción de la Población según Factores de Riesgo.....	32
Tabla 5 Descripción de la Población según Factores de Riesgo Asociados al Tratamiento	33
Tabla 6 Distribución de la población según su adherencia	34
Tabla 7 Características Etarias en relación con la Carga Viral.....	35
Tabla 8 Características Demográficas (sexo) en relación con la Carga Viral	35
Tabla 9 Características Étnicas en relación con la Carga Viral	36
Tabla 10 Características Lingüísticas en relación con la Carga Viral.....	36
Tabla 11 Características Educativas en relación con la Carga Viral	37
Tabla 12 Características Socioeconómicas en relación con la Carga Viral.....	37
Tabla 13 Duración del tratamiento en relación con la Carga Viral.....	38
Tabla 14 Esquema de Tratamiento en relación con la Carga Viral.....	39
Tabla 15 Número de Pastillas en relación con la Carga Viral	40

RESUMEN

Las sociedades han enfrentado diversas epidemias a lo largo de la historia, la ocasionada por el VIH es una de las más devastadoras. Los innumerables avances y estudios científicos, así como los sistemas de asistencia y personal sanitario, han realizado esfuerzos con el propósito de reducir su impacto negativo. Sin embargo, en Ecuador existen localidades que no poseen estudios de control y seguimiento sobre la adherencia farmacológica a antirretrovirales, tal y como sucede en el Hospital General José María Velasco Ibarra. Por ende, la presente investigación tiene como objetivo valorar la calidad de adherencia farmacológica a antirretrovirales en los pacientes atendidos con VIH, en el Hospital José María Velasco Ibarra de Tena, en el periodo 2021. Para ello, se asumió una investigación descriptiva, con diseño de campo y corte transversal, recolectando la información a través de la revisión de las historias clínicas de los pacientes y la aplicación del test The Simplified Medication Adherence Questionnaire (SMAQ). Los datos fueron analizados en distribuciones univariante y bivariante; entre los resultados destaca que la mejor calidad de adherencia se obtuvo en pacientes con tratamientos de 1 a 5 años, el esquema Lamivudina + Tenofovir Disoproxil + Dolutegravir y el tratamiento con una pastilla. Además de los factores sociodemográficos y asociados al paciente: nivel socioeconómico aceptable, estudios de secundaria, sexo masculino, adultos, idioma Español, etnias indígena y mestiza. Se recomienda realizar estudios posteriores para profundizar e incorporar otros factores adicionales, que permita concebir la adherencia farmacológica como un proceso multifactorial y multidimensional.

Palabras clave: Adherencia Farmacológica, Antirretroviral, VIH.

ABSTRACT

Societies have faced various epidemics throughout history, the one caused by HIV being one of the most devastating. The innumerable advances and scientific studies, the care systems, and health personnel have always reduced their negative impact. However, in Ecuador, some localities do not have control and follow-up studies on pharmacological adherence to antiretrovirals, as is the case at the José María Velasco Ibarra General Hospital. Therefore, the current research aims to assess the quality of pharmacological commitment to antiretrovirals in patients with HIV that attended the José María Velasco Ibarra General Hospital in 2021. For this, descriptive research was undertaken, with a field design and cross-section, collecting the information through the review of the patients' medical records and applying the Simplified Medication Adherence Questionnaire (SMAQ) test. The data were analyzed in univariate and bivariate distributions. Among the results, it stands out that the best quality of adherence was in patients with treatments of 1 to 5 years, the Lamivudine + Tenofovir Disoproxil + Dolutegravir scheme and the treatment with a pill. In addition to the sociodemographic and patient-associated factors: acceptable socioeconomic level, high school studies, male sex, adults, Spanish language, indigenous and mestizo ethnicities. To carry out further studies to deepen and incorporate other additional factors, which allow us to conceive pharmacological adherence as a multifactorial and multidimensional process.

Keywords: Drug Adherence, Antiretroviral, HIV.



Firmado electrónicamente por:
MARCELA PATRICIA
GONZALEZ ROBALINO

Reviewed by:

Mgs. Marcela González Robalino

English Professor

c.c. 0603017708

1. CAPÍTULO I.

1.1. INTRODUCCIÓN

En la historia de las sociedades, el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) se ha catalogado como una de las enfermedades infecciosas más devastadoras. La Organización Mundial de la Salud la define como la enfermedad que infecta a las células del sistema inmunitario, alterando o anulando su función, causando una infección que produce un deterioro progresivo del sistema inmunitario y, en consecuencia, el proceso de inmunodeficiencia. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, s.f.). Según cifras de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2019) en el año 2017, 36,9 millones de personas en el mundo vivían con VIH (de los cuales 35,1 millones son adultos)

En atención a las cifras señaladas, la Organización de las Naciones Unidas (ONUSIDA, 2020) expresa que 21,7 millones de personas tuvieron acceso a tratamiento antirretroviral, lo que corresponde a un aumento de 2,3 millones desde 2016, con relación a 8 millones desde el 2010. Es así como, la búsqueda de un apropiado tratamiento se ha vuelto imprescindible para los pacientes con esta condición debido a que disminuye la carga viral. (Gutiérrez-Gabriel y otros, 2019), por lo tanto, se reduce la morbilidad y mejora la calidad de vida de la persona. (Ministerio de Salud El Salvador, 2020)

Ahora bien, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021) indica que un tratamiento antirretroviral es el uso de una combinación de tres o más antirretrovirales para tratar la infección por el VIH; comúnmente recibe el nombre de Terapia Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA) o Terapia Antirretroviral (TAR), y su propósito es suprimir la replicación del VIH. Aunado a lo anterior, Villacres-García, Ochoa-Loor, & Ruiz del Valle (2017) mencionan que este tratamiento requiere que las personas manejen un nivel de adaptación.

Algunos autores (Betancourt, 2018) prefieren emplear el término "adherencia", considerando que define una actitud del paciente, reflejando un compromiso con respecto a la medicación prescrita por el médico con una participación activa.

En relación a la adherencia, un estudio internacional realizado por Suárez-Villa (2018) en la costa caribe colombiana, expresa que algunos factores como la impuntualidad al tratamiento, no cumplimiento de citas, no cumplimiento de prescripciones, sin mencionar el requerimiento de la continuación de tratamiento farmacológico de por vida y la modificación de los estilos de vida; permiten la falta de adherencia al mismo, ocasionando que por cada 10% que disminuye la adherencia, se incremente la mortalidad en un 16%. Otro estudio realizado por Urizar, Jarolin-Montiel, Ayala-Servin, Centurión-Wenninger & Montiel-Garcete (2020) identificaron los factores asociados a la falta de adherencia al tratamiento retroviral en el Hospital Nacional de Itauguá en Paraguay; entre los resultados destacan que la tasa de falta de adherencia al tratamiento antirretroviral de los pacientes fue alta, y los factores asociados fueron la presencia de efectos adversos y el olvido de la toma de la medicación los fines de semana.

En el caso de los estudios nacionales, se tiene la investigación realizada por Jurado (2015) en el cual abordó los factores asociados a la adherencia en pacientes con VIH de la unidad de atención integral del Hospital General Enrique Garcés, ubicado en Quito. Para ello, investigó 105 pacientes mayores de 18 años con diagnóstico establecido de VIH y en tratamiento con antirretrovirales. Las principales medidas de resultados fue la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad, con una prevalencia del 55,9% y del 49,01%; datos similares a los encontrados en diferentes estudios a nivel mundial, pese a la heterogeneidad de los mismos. Factores como la percepción personal, estado psicopatológico y monoterapia farmacológica fueron los que influyeron de forma favorable en la adherencia al tratamiento antirretroviral.

Los estudios mencionados previamente, tanto internacionales como nacional, reflejan la importancia de la adherencia del paciente en su tratamiento antirretroviral.

1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Desde la descripción de los primeros casos del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) a principios de la década de los ochenta, se ha convertido en la primera pandemia del siglo XXI. A pesar de los avances terapéuticos en los países más desarrollados, que han modificado el espectro de la enfermedad hasta convertirla en una "infección crónica manejable", la epidemia sigue avanzando a nivel mundial. (Espinosa, Ávila & Gibert, 2018), motivado fundamentalmente a las profundas desigualdades existentes entre países a nivel mundial y las notables brechas entre países desarrollados y los países en vías de desarrollo.

El VIH se ha transformado con el transcurso del tiempo, en una de las enfermedades crónicas transmisibles con mayor prevalencia, que produce daño tanto a corto como a largo plazo en múltiples órganos. (Salgado Jiménez, y otros, 2018). En el contexto nacional, el Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2020) indica que para el cierre del año 2017 existieron 36.544 personas viviendo con VIH en el país, y de estas, el grupo de edad entre 15 a 49 años es el más afectado por la epidemia, con mayor número de casos en hombres. De esta gran cantidad de personas, se estima que para el mismo año el 59% de los adultos y el 52% de los niños tuvieron acceso al tratamiento antirretroviral (ONUSIDA, 2020)

El diagnóstico temprano y el inicio oportuno del tratamiento antirretroviral constituyen el elemento central en la atención integral y una intervención fundamental en prevención sanitaria primaria y secundaria. Antes de iniciar la terapia antirretroviral, el paciente debe compartir y comprender los objetivos del tratamiento y la necesidad de una adecuada adherencia. (TAR, 2017), llevando a la investigación de causas para el fallo en cuanto a la adherencia de los pacientes.

Sin embargo, ese diagnóstico y estudio progresivo del paciente ante su tratamiento antirretroviral no siempre se realiza bajo el esquema de prevención, intervención oportuna y con posibilidades de mejora en los procedimientos. Tal es la situación del Hospital General José María Velasco Ibarra (HGJMVI), hospital general de segundo nivel y el único hospital

público dentro de la provincia de Napo, en servicio desde 1955, permanece en contingencia y ha brindado atención permanente a la población. Al momento de efectuar el presente estudio, en el área de medicina interna del hospital, el programa nacional de atención a pacientes con VIH solo consta de 105 personas en dicha área. Esta población no ha sido evaluada en cuanto a su grado de adherencia farmacológica al tratamiento con los antirretrovirales, estudio que permitiría determinar los principales factores asociados a la falta de adherencia dirigido específicamente a la población de la provincia.

Dichos estudios pueden sustentarse, por ejemplo, en el GeSIDA, documento de consenso para mejorar la adherencia a la farmacoterapia en pacientes con infección por el VIH en tratamiento antirretroviral (Polo, Knobel y Morillo, 2020); en este documento se actualiza la revisión de la literatura científica, emitiendo unas recomendaciones consensuadas para la mejora de la adherencia al tratamiento, ayudando a todos los profesionales sanitarios dedicados al control clínico y terapéutico de los pacientes con el VIH.

En consecuencia, es necesario realizar un estudio en el Hospital General José María Velasco Ibarra donde se aborden las principales limitaciones del paciente para el cumplimiento de su tratamiento y de esta forma generar propuestas que ayuden a la población a mejorar su nivel de adherencia a los tratamientos retrovirales.

1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Por todo lo antes planteado, se realiza la siguiente interrogante de investigación: ¿Es apropiada la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con diagnóstico de enfermedad por Virus de Inmunodeficiencia Humana en el Hospital José María Velasco Ibarra evaluado en el periodo 2021?

1.4. JUSTIFICACIÓN

En la actualidad en Ecuador se contagian de VIH un promedio de 10 personas diariamente, por lo cual se convierte en uno de los principales problemas de salud en nuestro medio, al día de hoy no se cuenta con una base de datos actualizada que arroje la estadística sobre la adherencia al tratamiento antirretroviral, es por ello que el presente trabajo de investigación al pretender determinar el grado de adherencia que mantienen los pacientes pertenecientes al programa nacional de VIH que son atendidos en la Unidad de Atención Integral Hospital General José María Velasco Ibarra - Tena, contribuirá de manera significativa en el fortalecimiento del sistema de salud de la nación, beneficiando así a las personas e instituciones involucradas.

A las personas involucradas, ya que el beneficio no es solo a los pacientes diagnosticados con VIH y que actualmente se encuentren en tratamiento con antirretrovirales, sino, además, a los médicos que los atienden y prestan su labor de asistencia sanitaria; ya que los aportes del presente estudio permitirán orientar mejoras en su práctica médica. Y el beneficio a la institución, pues si bien en la provincia no existe un estudio similar al que se desarrollará a

continuación, sus aportes repercutirán favorablemente en la misión y visión del Hospital José María Velasco Ibarra Tena.

Por lo descrito anteriormente el presente trabajo de investigación fue encaminado a determinar el grado de adherencia farmacológica a ARV, determinado por el conteo de carga viral, a razón de obtener evidencias y generar una base de datos interna que permita mejorar de manera significativa la toma de decisiones en el manejo terapéutico de los pacientes.

Adicionalmente, la carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Chimborazo como centro de formación científica incentiva a sus estudiantes a realizar investigación sobre problemas a los que se enfrenta el personal médico en su cotidianidad profesional, fortaleciendo así su formación integral que permita obtener un egresado del área de la salud idóneo para responder a las demandas de la comunidad en el ámbito de su competencia.

1.5. OBJETIVOS

1.5.1. Objetivo General

Valorar la calidad de adherencia farmacológica al tratamiento con los antirretrovirales en los pacientes atendidos con el tratamiento por la enfermedad del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), en el Hospital José María Velasco Ibarra de la ciudad de Tena, en el periodo febrero - agosto 2021.

1.5.2. Objetivos Específicos

- Determinar los principales factores asociados a la falta de adherencia farmacológica con los antirretrovirales en los pacientes atendidos por VIH en el Hospital José María Velasco Ibarra.
- Identificar el porcentaje de pacientes con falta de adherencia farmacológica con los antirretrovirales en los pacientes atendidos por VIH en el Hospital José María Velasco Ibarra.
- Correlacionar la adherencia farmacológica con los antirretrovirales y la última carga viral recolectada en los pacientes atendidos por VIH en el Hospital José María Velasco Ibarra.
- Generar propuestas para la mejora de la adherencia farmacológica al tratamiento con los antirretrovirales en los pacientes atendidos por VIH en el Hospital José María Velasco Ibarra.

2. CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

2.1. Concepciones generales de VIH-SIDA

El virus de inmunodeficiencia humana (VIH) es un retrovirus, que por su naturaleza no puede reproducirse o multiplicarse por sí mismos, por lo que para hacerlo deben ingresar a las células y utilizar a las células infectadas, siendo su objetivo las células de defensa del cuerpo (células CD4 o células T) las cuales son destruidas a medida que prolifera la infección, por lo tanto, generando un estado de «inmunodeficiencia» (Ministerio de Salud Pública, 2019).

De acuerdo con la Organización Mundial de Salud (OMS) en seres humanos provoca un cuadro clínico sindrómico de evolución prolongada que, en función de la persona, puede tardar de 2 a 15 años en manifestarse, denominándose en esta su etapa más avanzada como SIDA y que se define por la presencia de alguna de las más de 20 infecciones oportunistas o de cánceres relacionados con el VIH (OMS, 2020).

El VIH puede transmitirse por las relaciones sexuales vaginales, anales u orales con una persona infectada, la transfusión de sangre contaminada o el uso compartido de agujas, jeringuillas u otros instrumentos punzantes. Asimismo, puede transmitirse de la madre al hijo durante el embarazo, el parto y la lactancia. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, s.f.)

Dentro de la patogenia de esta enfermedad inicia con un proceso de invasión celular el virus se acerca a la célula (linfocitos CD4), posteriormente la membrana celular y la cubierta viral se fusionan, descargando el contenido genético (ARN) en el interior de la célula. La replicación viral inicia con la generación de una primera copia de ADN a partir del ARN viral y mediado por la transcriptasa inversa. La segunda copia de ADN también se sintetiza bajo el control de la transcriptasa inversa, una vez que la ribonucleasa ha degradado el ARN original. (Alcamí, J. & Coiras, M., 2011)

De acuerdo a lo mencionado por Alcamí, J. & Coiras, M. (2011), el ADN doble proveniente del virus se inserta en el genoma humano gracias a la integrasa viral y permanece latente hasta que existe una alteración en la transcripción que conlleva a la activación viral y por ende a su replicación. En la fase temprana de activación se estimula mediante la expresión de diversos genes y proteínas reguladoras mientras que en la fase tardía de expresión viral se producen las estructuras y enzimas del virus. (Alcamí, J. & Coiras, M., 2011)

En general, los primeros síntomas del VIH se pueden presentar dentro de las primeras semanas a un mes después de la infección, y con frecuencia imitan el cuadro clínico de un síndrome gripal. En muchas personas, los signos y síntomas iniciales del VIH incluyen: Fiebre, cefalea, fatiga, ganglios linfáticos inflamados, erupción, dolor en las articulaciones o los músculos, dolor de garganta. Estos síntomas iniciales del VIH se conocen como síndrome agudo retroviral o infección aguda por VIH, y son la respuesta natural del organismo. (Tosh P., 2021).

Su diagnóstico de acuerdo a lo señalado por la OPS (2019) tiene base en las pruebas serológicas, entre ellas las pruebas rápidas y los enzimoimmunoanálisis (EIA), que detectan la presencia o ausencia de anticuerpos contra el VIH-1, el VIH-2 y el antígeno p24 del virus, sin embargo, mencionan que ninguna prueba permite diagnosticar por sí sola la presencia del VIH. Es importante combinar estas pruebas en un orden específico. (OPS, s.f.)

2.2. Epidemiología del VIH-SIDA

En las últimas décadas, las infecciones por el VIH han pasado de ser fatales a crónicas gracias a la terapia antirretroviral. Sin embargo, la infección por el VIH sigue siendo uno de los mayores desafíos de salud pública del mundo. Las últimas estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA) indican que, a finales de 2020, 37.7 millones de personas vivían con VIH en todo el mundo, de estos 27.5 millones de personas tienen acceso a la terapia antirretroviral en comparación con los 7.8 millones de 2010 (ONUSIDA, 2021).

Se estima que, en América Latina alrededor de 2.1 millones de personas están infectadas por el VIH, y de estas el 53% pudo controlar la carga viral gracias a la terapia antirretroviral. Según estimaciones realizadas por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2020), con el apoyo técnico de ONUSIDA, indican que en Ecuador para el cierre del 2020 hay 45.056 personas viviendo con VIH, con una mayor prevalencia en las ciudades de Quito y Guayaquil, de las cuales 33.839 personas se encuentran recibiendo tratamiento antirretroviral, con lo que se ha logrado que 27.264 personas tengan una carga viral bajo el umbral <1000 copias/ml.

2.3. Tratamiento Antirretroviral

En 1987, se aprobó la zidovudina que fue el primer inhibidor de la transcriptasa inversa, también conocido como AZT, utilizado como monoterapia en pacientes VIH reactivos. Sin embargo, esta monoterapia se vio inefectiva ya que a pesar de que el VIH tiene un ciclo de vida muy corto, esta muestra una rápida replicación y mutación, lo que lo vuelven resistente rápidamente. Por tanto, el tratamiento con inhibidores de la transcriptasa inversa puede, en principio, reducir la replicación viral, pero se vuelve ineficaz en poco tiempo. Además, tal y como lo mencionan Lozano & Domingo (2011) el tratamiento antirretroviral no puede erradicar la infección por VIH, permite mantener suprimida la replicación viral, incrementa el número de linfocitos CD4+, disminuye la morbilidad (tanto la relacionada con el sida como con otras comorbilidades que se asocian a ella), mejorando así la calidad de vida y previniendo la transmisión sexual del VIH.

2.4. Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA)

El Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA), también llamado TARC y terapia antirretrovírica combinada; es el tratamiento que emplea una combinación de tres o más medicamentos para tratar la infección por el VIH. La TARGA impide que el virus se multiplique en el cuerpo, lo que permite disminuir el daño que produce en el sistema inmunitario y puede demorar la aparición del SIDA. También ayuda a prevenir la transmisión del VIH a otras personas, incluso de la madre al bebé durante el nacimiento.

Según el portal web de Steps for Living (2019), existen seis clases de medicamentos que se utilizan para tratar el VIH:

- Inhibidores de transcriptasa inversa no nucleósidos (NNRTI): Funcionan alterando la transcriptasa inversa, una enzima que el VIH utiliza para hacer copias de sí mismo.
- Inhibidores de transcriptasa inversa nucleósidos (NRTI): Funcionan bloqueando la transcriptasa reversa, una enzima que el VIH utiliza para hacer copias de sí mismo.

- Inhibidores de proteasa (PI): Funcionan bloqueando la proteasa, una enzima que el VIH utiliza para hacer copias de sí mismo.
- Inhibidores de fusión: Funcionan previniendo que el VIH entre a ciertas células del sistema inmunológico llamadas células CD4.
- Antagonistas de CCR5: Estos agentes bloquean una proteína llamada CCR5, la cual el VIH necesita para entrar a las células CD4.
- Inhibidores de integrasa: Funcionan bloqueando la integrasa, una enzima que el VIH utiliza para hacer copias de sí mismo.

2.5. Inicio del Tratamiento

Según Lozano & Domingo (2011), en una infección por VIH aguda o reciente es importante considerar algunos aspectos antes de iniciar el tratamiento. En relación a esta etapa de la infección, aún no se dispone de resultados de ensayos clínicos comparativos y aleatorizados de un tamaño muestral adecuado. Los estudios de cohortes que han evaluado la eficacia del TAR en pacientes con infección por el VIH aguda (diagnosticada antes de la seroconversión) o reciente (de duración inferior a seis meses) no han mostrado beneficios clínicos ni inmunológicos fehacientes en relación a los pacientes no tratados. Por ello, la recomendación más extendida en la actualidad es no iniciarlo durante las etapas de infección aguda o reciente, a menos que éstas cursen con enfermedades definatorias de sida, afectación grave de sistemas u órganos (SNC, corazón, hígado, entre otros) persistencia de los síntomas o caída de la cifra de linfocitos CD4+ por debajo de 350 o 200 linfocitos CD4+/ μ L^{6,8}.

Estos mismos autores mencionan que en el caso de la infección por VIH crónica, desde que se dispone de combinaciones de TAR potentes, las recomendaciones acerca de cuándo iniciar el TAR en los pacientes con infección crónica, han sido modificadas en diversas ocasiones. En el período 1998-2000, debido a la convicción de que el TAR podía curar la infección por el VIH, se recomendó iniciarlo en todos los pacientes que tuviesen un recuento de linfocitos CD4+ inferior a 500 células/ μ L, incluso los que presentasen una CVP superior a 10.000 copias/mL. Entre los años 2001 y 2006, tras constatarse la incapacidad del TAR, su gran potencial de toxicidad a corto y largo plazo y el frecuente desarrollo de resistencia farmacológica, se impusieron unos criterios más restrictivos, que limitaron la indicación del TAR a los pacientes con enfermedades oportunistas o con cifras de linfocitos CD4+ inferiores a 200 células/ μ L.

Posteriormente, debido a los resultados de diversos estudios, según los cuales el riesgo de progresión clínica a sida o muerte es significativamente mayor en los pacientes que comienzan el TAR con cifras de linfocitos CD4+ inferiores a 350 células/ μ L que en los que lo hacen por encima de dicho límite, esta recomendación se extendió a todos los pacientes con menos de 350 linfocitos CD4+/ μ L. Ahora bien, en el caso de infecciones oportunistas definatorias de sida, Lozano & Domingo (2011) plantean que la infección por el VIH se diagnostica muy tarde en un elevado porcentaje de pacientes, muy a menudo junto a Infecciones Oportunistas (IO) o tumores de categoría C de la clasificación de los CDC. Recientemente,

varios estudios han constatado que en estas circunstancias es mejor iniciar el TAR de forma precoz, junto a las terapias específicas de dichas IO, que posponerlo hasta después de haber tratado éstas.

Es por ello que un metaanálisis que utilizó el método GRADE concluye que el uso temprano de la terapia antirretroviral aumenta el riesgo de eventos adversos graves, pero puede reducir el riesgo de muerte, infecciones oportunistas y tuberculosis (Chauriye & Monsalve, 2015). Por otro lado, en el estudio INSIGHT START Study Group (2015) mostró la ventaja de iniciar el TARC de inmediato, independientemente del recuento de CD4, entre estos hallazgos se encuentra: reducción de la transmisión de infecciones, disminución de eventos relacionados con SIDA y disminución en las reacciones farmacológicas adversas.

Como parte de los objetivos efectuadas por parte de Junta Coordinadora del Programa de ONUSIDA. (2015), y con el fin de acabar con la epidemia de SIDA para 2030, se recomienda la disponibilidad de tratamiento para todas las personas que viven con el VIH, independientemente del recuento de linfocitos CD4, debido a los beneficios más sustanciales que se producen.

2.6. Tratamiento antirretroviral en Ecuador

En nuestro país, según estimaciones del Ministerio de Salud Pública juntamente con ONUSIDA para el cierre de 2020 hay 45.0561 personas viviendo con VIH de las cuales 33.839 personas se encuentran recibiendo tratamiento antirretroviral. La Guía de atención integral de 2013 para adultos y adolescentes infectados por el VIH / SIDA, recomendaba el uso de efavirenz o un IP reforzado con ritonavir como tercer fármaco de elección. Según la Guía de Práctica Clínica (2019), actualmente recomienda iniciar la TARV con la combinación de 2 ITIAN + INI y utilizar como alternativa de la tercera droga, si no se pudiera utilizar INI, un ITIANN como efavirenz siendo este el más común en el país, o un IP/r prefiriendo DRV/r o ATV/r. (Ministerio de Salud Pública, 2019).

2.7. Adherencia Terapéutica y sus Factores

La adherencia terapéutica no posee una definición única ni estandarizada. Según Polo, Knobel & Morillo (2020) se puede definir como la capacidad del paciente de implicarse adecuadamente en la elección, inicio y control de la farmacoterapia que tenga prescrita, permitiendo así alcanzar, en la medida de lo posible, los objetivos fármaco-terapéuticos planteados en cada momento, acorde a su situación clínica y expectativas de salud. Con esta definición se constata la importancia del tratamiento antirretroviral, como elemento fundamental de la terapia del paciente con VIH. Existen factores que influyen en la adherencia terapéutica, los cuales se pueden clasificar según los relacionados con el individuo, con el tratamiento, con la enfermedad y comorbilidades y las vinculadas al personal sanitario. A continuación, se describen brevemente dichos factores considerando el estudio presentado por los autores citados previamente.

En los factores asociados al individuo, se tiene las características sociodemográficas como, por ejemplo, edad, sexo, raza, nivel educativo y cultural, situación económica, estilo de

vida y condición de hogar estable, domicilio fijo; así como, la violencia doméstica que suele afectar en mayor porcentaje a las mujeres. Los factores de carácter psicológico también juegan un papel clave en el cumplimiento adecuado. La ansiedad, la depresión y el estrés dificultan la consecución de una adherencia óptima. Además, la condición de dependencia activa o uso diario de algunas drogas o el consumo problemático de alcohol, constituyen una barrera importante en la consecución de una adherencia óptima. Por último, el estigma asociado al VIH y haber sido discriminado o sentirse discriminado está asociado a menor calidad de vida en las personas con el VIH. (Polo, Knobel & Morillo, 2020)

En relación a los factores asociados a la enfermedad y comorbilidades, se tiene que la infección por VIH puede cursar de forma asintomática o sintomática, donde la aceptación y adherencia al tratamiento pueden ser diferentes en cada una de estas fases. Pocos estudios en pacientes con infección por el VIH han tenido en cuenta estos factores y en algunos casos se han obtenido resultados contradictorios.

En relación a los factores asociados al tratamiento, en numerosos estudios (Polo, Knobel & Morillo, 2020) se ha demostrado que la adherencia al tratamiento antirretroviral disminuye cuando aumenta la complejidad del mismo. Actualmente se ha alcanzado el máximo de la simplificación en cuanto al esquema posológico, ya que se dispone de tratamientos formulados que permiten pautas con un comprimido diario administrados sin restricciones dietéticas. La presencia de efectos secundarios (adversos), es un factor directamente relacionado con la adherencia, con el abandono del tratamiento independientemente de la relevancia clínica que pueda tener; afortunadamente los fármacos antirretrovirales actuales son muy bien tolerados.

En relación a los factores asociados al personal y sistema sanitario, se tiene que son los factores menos estudiados en la adherencia terapéutica, a pesar que ambos son relevantes para que el paciente se adhiera al tratamiento. En algunos estudios que consideraron estos factores, los resultados fueron opuestos, en algunos casos es posible que la falta de coordinación en los equipos asistenciales se vea influenciada por la elevada tasa de reposición del personal asistencial; razones por las cuales el sistema sanitario debe ser diligente en el sentido de consolidar los equipos que consecuentemente mejoren la formación y la propia cohesión asistencial. En las revisiones de los factores que inciden en la adherencia se concluye que son muchos los determinantes de la no adherencia, que es complejo predecirla de manera individualizada en cada paciente, por ende, una visión más amplia quizás sería más efectiva para valorar efectivamente los determinantes de la no adherencia.

3. CAPÍTULO III. METODOLOGÍA

3.1. Tipo de Estudio

El proyecto de investigación elaborado tiene un enfoque cuantitativo, considerando la naturaleza de las técnicas de recolección de datos y los análisis respectivos. Mediante la revisión de evidencia científica se elaboró el marco teórico, posteriormente se utilizaron herramientas estadísticas para el procesamiento de la información obtenida, con la hoja de cálculo Excel 2018.

El Tipo de investigación realizada fue descriptivo, con un diseño de campo no experimental y de corte transversal. Descriptivo, pues tal y como lo menciona Arias (2006) se ha caracterizado un fenómeno, individuo o grupo con el objetivo de estructurar su comportamiento. En el caso que nos ocupa, esa descripción se obtuvo partiendo de los datos estadísticos de la revisión de historias clínicas de los pacientes y de la información suministrada por el propio paciente; permitiendo así, analizar la relación entre el grado de adhesión al tratamiento y la carga viral.

En relación al diseño de la investigación, como se recolectaron los datos directamente de la realidad (Arias, 2006), se asumió un diseño de campo. Además, considerando que la investigación se efectuó en un tiempo determinado, el diseño también se caracterizó por ser transversal (Bisquerra, 1989) o transeccional (Hernández, Fernández y Baptista, 2003), ya que el estudio fue realizado en un lapso de tiempo determinado, específicamente en el periodo febrero-agosto del año 2021.

En relación al diseño de campo, es importante mencionar que este estudio se realizó en base a la aplicación del test The Simplified Medication Adherence Questionnaire (SMAQ) (Ver Anexo A) a los pacientes que aceptaron participar y firmaron el consentimiento informado (Ver Anexo B) se les administró el cuestionario de adherencia a la medicación SMAQ y también las preguntas sobre la percepción sobre su tratamiento. Estos datos fueron registrados con el resto de la información recabada previamente que permitió valorar la calidad de adherencia farmacológica al tratamiento con los antirretrovirales en los pacientes atendidos con el tratamiento por la enfermedad del VIH.

3.2. Área de Estudio

Pacientes pertenecientes al Programa Nacional de VIH y que asisten a la Unidad de Atención Integral Hospital General José María Velasco Ibarra en el periodo febrero-agosto 2021.

3.3. Universo y Muestra

El estudio estuvo formado por todos los pacientes VIH positivo pertenecientes a la Unidad de Atención Integral Hospital General José María Velasco Ibarra, que cumplieron los criterios de inclusión, los cuales se mencionan en el siguiente apartado. En consideración de dichos criterios, se obtuvo un total de 105 pacientes y como se tuvo acceso a todos los pacientes y para garantizar la confiabilidad del estudio, no se realizó criterio muestral y se efectuó el estudio con esta totalidad de pacientes, sin realizar muestreo, tal y como lo menciona Arias (2006).

3.4. Criterios de Inclusión

Los criterios de inclusión fueron:

- Ser mayor de 18 años
- Tener diagnóstico confirmatorio de VIH y tratamiento ARV por un tiempo mínimo de 6 meses

3.5. Criterios de Exclusión

Los criterios de exclusión fueron:

- No aceptación del consentimiento informado
- Tratamiento farmacológico menor a 6 meses.

3.6. Identificación de las Variables

Con el propósito de valorar la calidad de adherencia farmacológica al tratamiento con los antirretrovirales en los pacientes atendidos con el tratamiento por la enfermedad del VIH, se realizó el desglose de las variables en estudio, a saber, de las variables independientes (Tabla 1) y de las variables dependientes (Tabla 2)

3.6.1. Variable Independiente

Edad, sexo, etnia, idioma, nivel socioeconómico, nivel educativo, duración de tratamiento, esquema de tratamiento, número de fármacos

3.6.2. Variable Dependiente

Carga viral, conteo CD4, adherencia al tratamiento.

3.7. Operacionalización de las variables

Tabla 1 Variables Independientes

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	TIPO DE VARIABLE	CATEGORÍA	ESCALA	INDICADORES
Edad	Número de años cumplidos	Cuantitativa	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Joven: 19-29 años 11 meses. 2. Adulto: 30-59 años 11 meses 3. Adulto mayor: 60 a más años 	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de pacientes con edad X}}{\text{poblacion total}} \times 105$ <p>Porcentaje por edades.Frecuencias</p>
Sexo	Condición de la población por género	Cualitativa	Dicotómica	<ol style="list-style-type: none"> 1. Femenino 2. Masculino 	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de pacientes con sexo X}}{\text{poblacion total}} \times 105$ <p>Porcentaje de sexos Frecuencias</p>
Etnia	Conjunto de personas que pertenece a una misma raza	Cualitativa	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mestizo 2. Indígena 3. Afroecuatoriano 4. Shuar 5. Otros 	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de pacientes con etnia X}}{\text{poblacion total}} \times 105$ <p>Porcentaje de etnias Frecuencias</p>

Idioma	Lenguaje principal que usa la población en su mayoría	Cualitativo	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Castellano 2. Kwicha 3. Ambos 4. Otros 	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de pacientes con idioma X}}{\text{poblacion total}} \times 105$ <p>Porcentaje por idioma Frecuencia</p>
Nivel educativo	Ultimo grado escolar cursado	Cuantitativo	nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Primaria 2. Secundaria 3. Técnico 5. Superior 	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de pacientes con nivel educativo X}}{\text{poblacion total}} \times 105$ <p>Porcentaje por nivel educativo Frecuencia</p>
Nivel socioeconómico	Conjunto de variables económicas, sociológicas, educativas y laborales por las que se califica a un individuo	Cualitativa	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bueno 2. Aceptable 3. Deficiente 1. Muy deficiente 	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de pacientes con nivel socioeconomicoX}}{\text{poblacion total}} \times 105$ <p>Porcentaje por nivel socioeconómico Frecuencia</p>
Duración de tratamiento.		Cuantitativa	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. 6 meses a 1 año 2. 1 a 5 años 3. 6 a 10 años 4. Mas de 10 años 	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de pacientes con duracion de tratamiento X}}{\text{poblacion total}} \times 105$ <p>Porcentaje por años de diagnostico Frecuencia</p>
Esquema de tratamiento	Esquemas terapéuticos establecidos por la Guía	Cuantitativo	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Abacavir/ Lamivudina 600+300 + Efavirenz 600 	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de pacientes con esquema de tratamiento X}}{\text{poblacion total}} \times 105$

	Ecuatoriana de manejo de pacientes con VIH/SIDA.			<p>2. Atazanavir + ritonavir 300+100 / abacavir/ Lamivudina 600+300</p> <p>3. Dolutegravir 50 + abacavir/ Lamivudina 600+300</p> <p>4. Dolutegravir 50 + Tenofovir disoproxil / Emtricitabina 300+200</p> <p>5. Lamivudina +Tenofovir disoproxil +Dolutegravir 300+300+50</p> <p>4. Tenofovir disoproxil/ Emtricitabina 300+200 + Atazanavir /ritonavir 300+100</p>	Porcentaje por esquema de tratamiento Frecuencia
Número de pastillas	Numero de tabletas ingeridas según el esquema terapéutico.	Cuantitativa	Dicotómico	<p>1. 1 tableta</p> <p>2. 2 tabletas.</p> <p>6.</p>	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de pacientes con numero de 26pastillas X}}{\text{poblacion total}} \times 105$ <p>Porcentaje por número de fármacos Frecuencia</p>

Nota. Elaboración propia

Tabla 2 Variables Dependientes

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	TIPO DE VARIABLE	CATEGORÍA	ESCALA	INDICADORES
Carga viral.	Número de copias del VIH por mililitro de sangre	Cuantitativo	Nominal	1. Indetectable (menor a 40) 2. Entre 40 a 1000 3. Mayor a 1000	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de pacientes con carga viral } X}{\text{poblacion total}} \times 105$ <p>Porcentaje por carga viral Frecuencia</p>
Conteo CD4	Número de linfocitos CD4 por mililitro de sangre.	Cuantitativo	Dicotómico	1. Mayor a 200 2. Menor a 200	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de pacientes con conteo CD4 } X}{\text{poblacion total}} \times 105$ <p>Porcentaje por conteo CD4 Frecuencia</p>
Adherencia al tratamiento	Grado de cumplimiento que tiene el paciente en su terapia antirretroviral y que se relaciona	Cualitativo	Dicotómico	1. Adherente paciente que conteste “no” a las preguntas cualitativas 1, 3 y 4 y conteste “si”, a la pregunta cualitativa 2, además, en las preguntas cuantitativas tenga	1. Escala SMAQ. El cuestionario es dicotómico, cualquier respuesta en el sentido de no adherente se considera no adherente.

	<p>con la efectividad del tratamiento para lograr supresión viral, en un periodo determinado.</p>			<p>máximo una dosis olvidada en la última semana y máximo 1 día de olvido en los últimos 3 meses</p> <p>2. No adherente paciente que conteste “sí”, a las preguntas cualitativas 1, 3 y 4 y conste “no” a la pregunta cualitativa 2, además, en las preguntas cuantitativas tenga "más de dos dosis olvidadas en la última semana" y/o "más de dos días sin medicación en los últimos tres meses"</p>	
--	---	--	--	---	--

Nota. Elaboración propia

3.8. Consideraciones Éticas

El presente trabajo de investigación se realizó previa autorización y supervisión del Dr. Adrián Díaz, Jefe de la Unidad de atención integral a pacientes con VIH del Hospital General José María Velasco Ibarra; además de las autorizaciones escritas bajo aspectos éticos, acuerdos de confidencialidad sobre la información obtenida, mediante la firma de consentimiento informado de cada paciente, de acuerdo a lo suscrito en el Acuerdo Ministerial 5316. R.O. 510. 22-02-2016. Aunado a lo anterior, es importante señalar que se protegió la propiedad intelectual citando la información como indica la séptima edición de las normas APA.

4. CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Una vez obtenidos los datos a través del instrumento SMAQ y considerando además la revisión del historial clínico de los pacientes, se procede a presentar los resultados obtenidos con sus respectivos análisis e interpretaciones. Para ello, los resultados se han dividido en dos apartados, el primero referente al análisis univariante y el segundo al análisis bivariante. Como último apartado de este capítulo, se expone la valoración de la adherencia farmacológica, atendiendo a los resultados obtenidos y analizados,

4.1. Análisis Univariante

En los resultados que se muestran a continuación, se presentan las distribuciones de datos en relación a una sola variable, las cuales son:

- Distribución sobre la estructura demográfica (edad, sexo, etnia e idioma)
- Distribución según factores de riesgo asociados al paciente (nivel educativo, situación laboral y nivel socioeconómico)
- Distribución según factores de riesgo asociados al tratamiento (duración, esquema y número de fármacos)
- Distribución según la adherencia del paciente (carga viral, conteo de CD4 y adherencia al tratamiento)

En este tipo de análisis de una sola variable, no se otorga atención de las causas ni de las relaciones, ya que su principal objetivo es describir los datos recabados para resumirlos, presentarlos y encontrar patrones entre ellos.

4.1.1. Descripción de la distribución según estructura demográfica

Tabla 3 Distribución según estructura demográfica

Edad	Frecuencia	Porcentajes	Porcentaje acumulado
Joven	38	36.19	36.19
Adulto	65	61.90	98.10
Adulto mayor	2	1.90	100.00
TOTAL	105	100.00	

Sexo			
Hombre	75	71.43	71.43
Mujer	30	28.57	100.00
TOTAL	105	100.00	

Etnia			
Mestizo	39	37.14	37.14
Indígena	62	59.05	96.19
Afroecuatoriano	2	1.90	98.10
Shuar	1	0.95	99.05
Otros	1	0.95	100.00
TOTAL	105	100.00	

Idioma			
Castellano	76	72.38	72.38
Kwicha	0	0	72.38
Ambos	29	27.62	100.00
Otros	0	0	100.00
TOTAL	105	100.00	

Nota. Estadísticas obtenidas del registro de historias clínicas del Hospital General José María Velasco Ibarra. Elaboración propia (Chancusig A, Reyes G.)

En relación a la estructura demográfica de la población estudiada, el rango de población por edad con mayor número de casos son los adultos con las edades comprendidas entre los 30 y 59 años con un 61.90% seguido por jóvenes y los adultos mayores. El sexo masculino predomina con un 71.43%, además según el área geográfica existen más personas con autoidentificación indígenas que se encuentran en tratamiento antirretroviral.

4.1.2. Descripción de la población según factores de riesgo asociados al paciente

Tabla 4 Descripción de la Población según Factores de Riesgo

Nivel educativo	Frecuencia	Porcentajes	Porcentaje acumulado
Primaria	16	15.24	15.24
Secundaria	74	70.48	85.71
Técnico	1	0.95	86.67
Superior	14	13.33	100.00
TOTAL	105	100.00	

Situación laboral			
Trabaja para el mismo	31	29.52	29.52
Trabaja para otra persona	38	36.19	65.71
Estudia	9	8.57	74.29
Quehaceres domésticos	14	13.33	87.62
No trabaja	13	12.38	100.00
TOTAL	105	100.00	

Nivel socioeconómico			
Bueno	13	12.38	12.38
Aceptable	74	70.38	82.86
Deficiente	15	14.29	97.14
Muy deficiente	3	2.86	100.00
TOTAL	105	100.00	

Nota. Estadísticas obtenidas del registro de historias clínicas del Hospital General José María Velasco Ibarra. Elaboración propia (Chancusig A, Reyes G.)

Considerando los factores de riesgo citados por el documento GeSIDA (Polo, Knobel & Morillo, 2020), se tiene que los encontrados en la población estudiada influyentes en la adherencia son el nivel educativo, dentro del cual se determina que el 70.48% pertenecen a una población con educación secundaria; además, se determina que de acuerdo a la situación laboral, el 36.19% de la población trabajan para otra persona y en base a los resultados obtenidos del nivel socioeconómico el 70.38% pertenecen a una población enmarcada dentro del contexto de “aceptable”.

4.1.3. Descripción de la población según factores de riesgo asociados al tratamiento

Tabla 5 Descripción de la Población según Factores de Riesgo Asociados al Tratamiento

Duración de tratamiento	Frecuencia	Porcentajes	Porcentaje acumulado
6 meses a 1 año	8	7.62	7.62
1 a 5 años	74	70.48	78.10
6 a 10 años	15	14.29	92.38
Mas de 10 años	8	7.62	100.00
TOTAL	105	100.00	

Esquema de tratamiento	Frecuencia	Porcentajes	Porcentaje acumulado
Abacavir/ Lamivudina 600+300 + Efavirenz 600	2	1.90	1.90
Dolutegravir 50 + abacavir/ Lamivudina 600+300	2	1.90	3.81
Atazanavir + ritonavir 300+100 / abacavir/ Lamivudina 600+300	1	0.95	4.76
Dolutegravir 50 + Tenofovir disoproxil / Emtricitabina 300+200	3	2.86	7.62
Lamivudina +Tenofovir disoproxil +Dolutegravir 300+300+50	85	80.95	88.57
Tenofovir disoproxil/ Emtricitabina 300+200 + Atazanavir /ritonavir 300+100	12	11.43	100.00
TOTAL	105	100.00	

Número de fármacos	Frecuencia	Porcentajes	Porcentaje acumulado
1 tableta	85	80.95	80.95
2 tabletas.	20	19.05	100.00
TOTAL	105	100.00	

Nota. Estadísticas obtenidas del registro de historias clínicas del Hospital General José María Velasco Ibarra. Elaboración propia (Chancusig A, Reyes G.)

Dentro de los factores de riesgo asociados al tratamiento citados por el documento GeSIDA (Polo, Knobel & Morillo, 2020) , los encontrados en la población estudiada son: la duración del tratamiento, encontrándose que el 70,48% se ha encontrado en tratamiento por un periodo de 1 -5 años; además, también se encuentra que el esquema de tratamiento predominante es el Lamivudina +Tenofovir disoproxil +Dolutegravir 300+300+50 con un 80.95%, mismo que se correlaciona con el número de pastillas prescritas para cada paciente ya que este régimen corresponde a 1 tableta.

4.1.4. Descripción de la distribución de la población según su adherencia

Tabla 6 Distribución de la población según su adherencia

Carga viral	Frecuencia	Porcentajes	Porcentaje acumulado
Indetectable (menor a 40)	87	82.86	82.86
Entre 40 a 1000	12	11.43	94.29
Mayor a 1000	6	5.71	100.00
TOTAL	105	100.00	

Conteo de CD4			
Mayor a 200	95	90.48	90.48
Menor a 200	10	9.52	100.00
TOTAL	105	100.00	

Adherencia al tratamiento			
Adherente	38	36.19	36.19
No adherente	67	63.81	100.00
TOTAL	105	100.00	

Nota. Estadísticas obtenidas del registro de historias clínicas del Hospital General José María Velasco Ibarra. Elaboración propia (Chancusig A, Reyes G.)

Tras haber aplicado el cuestionario “The Simplified Medication Adherence Questionnaire (SMAQ)” a 105 pacientes, tras la tabulación y análisis de datos se obtuvo que un porcentaje del 38% de la población en cuestión es adherente; resultado que se comparó con los datos obtenidos del archivo de historias clínicas en donde se obtuvo que de acuerdo a su conteo de CD4 el 90.48% se encuentra adherente al tratamiento, mismo que se equipara a lo obtenido por carga viral, en donde el 82.86% corresponde a una población adherente.

4.2. Análisis Bivariante

En los resultados que se muestran a continuación, se presentan las distribuciones de datos en relación a dos variables, siendo la carga viral la variable fija en cada análisis y el resto de las variables son: edad, sexo, etnia, idioma, nivel educativo, nivel socioeconómico, duración del tratamiento, esquema y fármaco

A efectos de organizar la presentación de estos resultados, a continuación, se mostrarán tres apartados, el primero sobre las características demográficas, el segundo sobre los factores de riesgo de la población y el tercero contempla los factores de riesgo asociados al tratamiento. Recordemos que estos análisis bivariantes se realizaron considerando la carga viral como fija, con el propósito de detectar las posibles relaciones entre ellas y de esta manera, obtener más indicios para valorar la calidad de adherencia farmacológica al tratamiento con los antirretrovirales en los pacientes atendidos con el tratamiento por la enfermedad del VIH.

4.2.1. Descripción de las características demográficas en relación con la carga viral

Tabla 7 Características Etarias en relación con la Carga Viral

EDAD	CARGA VIRAL						TOTAL	
	ADHERENTE		MEDIANAMENTE ADHERENTE		NO ADHERENTE		R	%
	R	%	R	%	R	%		
JOVEN	32	30.48	3	2.86	3	2.86	38	36.19
ADULTO	53	50.48	9	8.57	3	2.86	65	61.90
ADULTO MAYOR	2	1.90	0	0.00	0	0.00	2	1.90
TOTAL	87	82.86	12	11.43	6	5.71	105	100.00
VALOR DE P: 0.01								
CHI – CUADRADO DE PEARSON: 1.637								

Nota. Estadísticas obtenidas del registro de historias clínicas del Hospital General José María Velasco Ibarra. Elaboración propia (Chancusig A, Reyes G.)

Analizando los datos obtenidos evidenciamos que, en cuanto a una mejor adherencia, comprobada por carga viral se encuentran los pacientes “adultos”, con un 50.48%. De acuerdo al documento del consenso GeSIDA (Polo, Knobel & Morillo, 2020), en diferentes estudios, jóvenes y adultos jóvenes menores de 25 años tienen menores niveles de adherencia al tratamiento antirretroviral.

Tabla 8 Características Demográficas (sexo) en relación con la Carga Viral

SEXO	CARGA VIRAL						TOTAL	
	ADHERENTE		MEDIANAMENTE ADHERENTE		NO ADHERENTE		R	%
	R	%	R	%	R	%		
FEMENINO	27	25.71	3	2.86	0	0.00	30	28.57
MASCULINO	60	57.14	9	8.57	6	5.71	75	71.43
TOTAL	87	82.86	12	11.43	6	5.71	105	100.00
VALOR DE P: 0.01								
CHI – CUADRADO DE PEARSON: 2.734								

Nota. Estadísticas obtenidas del registro de historias clínicas del Hospital General José María Velasco Ibarra. Elaboración propia (Chancusig A, Reyes G.)

Con un predominio significativo se evidenció que hasta el 57.14% de los pacientes en tratamiento y que mantiene una buena adherencia medida por carga viral fueron los pertenecientes al sexo masculino.

Tabla 9 Características Étnicas en relación con la Carga Viral

ETNIA	CARGA VIRAL						TOTAL	
	ADHERENTE		MEDIANAMENTE ADHERENTE		NO ADHERENTE		R	%
	R	%	R	%	R	%		
MESTIZO	34	32.38	4	3.81	1	0.95	39	37.14
INDIGENA	51	48.57	7	6.67	4	3.81	62	59.05
AFROECUATORIANO	0	0.00	1	0.95	1	0.95	2	1.90
NEGRO	1	0.95	0	0.00	0	0.00	1	0.95
SHUAR	0	0.00	0	0.00	1	0.95	1	0.95
TOTAL	86	81.90	12	11.43	7	6.67	105	100.00

VALOR DE P: 0.01
CHI – CUADRADO DE PEARSON: 25.266

Nota. Estadísticas obtenidas del registro de historias clínicas del Hospital General José María Velasco Ibarra. Elaboración propia (Chancusig A, Reyes G.)

En cuanto a la relación de carga viral con etnia, se pudo verificar que el 48.57% de pacientes adherentes comprobado por carga viral corresponden a la población indígena, seguido del 32.38% de la población mestiza.

Tabla 10 Características Lingüísticas en relación con la Carga Viral

IDIOMA	CARGA VIRAL						TOTAL	
	ADHERENTE		MEDIANAMENTE ADHERENTE		NO ADHERENTE		R	%
	R	%	R	%	R	%		
KWICHA	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
AMBOS	22	20.95	5	4.76	2	1.90	29	27.62
ESPAÑOL	65	61.90	7	6.67	4	3.81	76	72.38
TOTAL	87	82.86	12	11.43	6	5.71	105	100.00

VALOR DE P: 0.01
CHI – CUADRADO DE PEARSON: 1.519

Nota. Estadísticas obtenidas del registro de historias clínicas del Hospital General José María Velasco Ibarra. Elaboración propia (Chancusig A, Reyes G.)

En cuanto al idioma, los resultados evidenciaron que la mejor adherencia se presenta dentro de la población cuyo idioma principal es el español, con un 61.90%.

4.2.2. Descripción de la población según factores de riesgo asociados al paciente en relación con la carga viral

Tabla 11 Características Educativas en relación con la Carga Viral

NIVEL EDUCATIVO	CARGA VIRAL						TOTAL	
	ADHERENTE		MEDIANAMENTE ADHERENTE		NO ADHERENTE		R	%
	R	%	R	%	R	%		
PRIMARIA	11	10.48	5	4.76	0	0.00	16	15.24
SECUNDARIA	62	59.05	6	5.71	6	5.71	74	70.48
SUPERIOR	13	12.38	1	0.95	0	0.00	14	13.33
TECNICO	1	0.95	0	0.00	0	0.00	1	0.95
TOTAL	87	82.86	12	11.43	6	5.71	105	100.00

VALOR DE P: 0.01

CHI – CUADRADO DE PEARSON: 9.664

Nota. Estadísticas obtenidas del registro de historias clínicas del Hospital General José María Velasco Ibarra. Elaboración propia (Chancusig A, Reyes G.)

En relación a los factores de riesgo asociados al paciente, se evidenció que el 59.05% de los pacientes que mantiene una buena adherencia medida por carga viral cuentan con una educación secundaria, seguido de la población que cuenta con estudios superiores en 12.38%.

Tabla 12 Características Socioeconómicas en relación con la Carga Viral

NIVEL SOCIOECONOMICO	CARGA VIRAL						TOTAL	
	ADHERENTE		MEDIANAMENTE ADHERENTE		NO ADHERENTE		R	%
	R	%	R	%	R	%		
ACEPTABLE	68	64.76	5	4.76	1	0.95	74	70.48
BUENA	11	10.48	2	1.90	0	0.00	13	12.38
DEFICIENTE	7	6.67	4	3.81	4	3.81	15	14.29
MUY DEFICIENTE	1	0.95	1	0.95	1	0.95	3	2.86
TOTAL	87	82.86	12	11.43	6	5.71	105	100.00

VALOR DE P: 0.01

CHI – CUADRADO DE PEARSON: 28.628

Nota. Estadísticas obtenidas del registro de historias clínicas del Hospital General José María Velasco Ibarra. Elaboración propia (Chancusig A, Reyes G.)

En relación al nivel socioeconómico y la carga viral, se evidenció que el 64.76% de la población que mantienen una buena adherencia farmacológica comprobada por carga viral pertenecen a un grupo socioeconómico aceptable, seguido del 10.48% con un nivel socioeconómico bueno.

4.2.3. Descripción de la distribución de la población según factores de riesgo asociados al tratamiento en relación con la carga viral

Tabla 13 Duración del tratamiento en relación con la Carga Viral

DURACION DE TRATAMIENTO	CARGA VIRAL						TOTAL	
	ADHERENT E		MEDIANAMENTE ADHERENTE		NO ADHERENTE			
	R	%	R	%	R	%	R	%
	DE 6 A 1 AÑO	8	7.62	0	0.00	0	0.00	8
1 AÑO A 5 AÑOS	62	59.05	7	6.67	5	4.76	74	70.48
6 A 10 AÑOS	11	10.48	3	2.86	1	0.95	15	14.29
MAS DE 10	6	5.71	2	1.90	0	0.00	8	7.62
TOTAL	87	82.86	12	11.43	6	5.71	10	100.0
							5	0

VALOR DE P: 0.01

CHI – CUADRADO DE PEARSON: 5.013

Nota. Estadísticas obtenidas del registro de historias clínicas del Hospital General José María Velasco Ibarra. Elaboración propia (Chancusig A, Reyes G.)

Según los resultados de la tabla anterior, se puede analizar que los factores de riesgo relacionados con el tratamiento, específicamente por duración del tratamiento; en primer lugar, se encuentran las personas que mantienen una duración del tratamiento entre 1 año a 5 años con el 59.05%, seguido de aquellos que mantienen el tratamiento entre 6 a 10 años con el 10.48%. De acuerdo al documento GeSIDA (Polo, Knobel & Morillo, 2020), el impacto de la duración del tratamiento en la adherencia es controvertido, ya que mientras algunos autores asocian la duración del TAR con una mejor adherencia, un estudio reciente relaciona la disminución del nivel de adherencia con un prolongado tiempo en tratamiento, al igual que ocurre en otras enfermedades crónicas o severas.

Tabla 14 Esquema de Tratamiento en relación con la Carga Viral

ESQUEMA	CARGA VIRAL						TOTAL	
	ADHERENTE		MEDIANAMENTE ADHERENTE		NO ADHERENTE		R	%
	R	%	R	%	R	%		
ABACAIVIR/ LAMIVUDINA 600+300 + EFAVIRENZ 600	2	1.90	0	0.00	0	0.00	2	1.90
ATAZANAIVIR + RITONAIVIR 300+100 / ABACAIVIR/ LAMIVUDINA 600+300	1	0.95	0	0.00	1	0.95	2	1.90
DOLUTEGRAIVIR 50 + ABACAIVIR/ LAMIVUDINA 600+300	1	0.95	0	0.00	0	0.00	1	0.95
DOLUTEGRAIVIR 50 + TENOFOIVIR DISOPROXIL / EMTRICITABINA 300+200	3	2.86	0	0.00	0	0.00	3	2.86
LAMIVUDINA +TENOFOIVIR DISOPROXILO+DOLUTEGRAIVIR 300+300+50	73	69.5	7	6.67	5	4.76	85	80.95
TENOFOIVIR DISOPROXIL/ EMTRICITABINA 300+200 + ATAZANAIVIR /RITONAIVIR 300+100	7	6.67	5	4.76	0	0.00	12	11.43
TOTAL	87	82.8	12	11.43	6	5.71	10	100.00
		6					5	

VALOR DE P: 0.01

CHI – CUADRADO DE PEARSON: 20.609

Nota. Estadísticas obtenidas del registro de historias clínicas del Hospital General José María Velasco Ibarra. Elaboración propia (Chancusig A, Reyes G.)

Siguiendo con el análisis de la relación de esquema de tratamiento con la adherencia medida por carga viral, se evidencia que el esquema correspondiente a Lamivudina + Tenofovir Disoproxil + Dolutegravir corresponde al 69.52% de los pacientes con buena adherencia al tratamiento, esto ya que de acuerdo a lo mencionado en el documento GeSIDA (Polo, Knobel & Morillo, 2020), numerosos estudios han demostrado que la adherencia al tratamiento antirretroviral disminuye cuando aumenta la complejidad del mismo, y al tratarse este de un tratamiento coformulado que permite el uso de un solo comprimido favorece considerablemente una mejora en la adhesión.

Tabla 15 Número de Pastillas en relación con la Carga Viral

# TABLETAS	CARGA VIRAL						TOTAL	
	ADHERENTE		MEDIANAMENTE ADHERENTE		NO ADHERENTE		R	%
	R	%	R	%	R	%		
1 TABLETA	73	69.52	7	6.67	5	4.76	85	80.95
2 TABLETAS	14	13.33	5	4.76	1	0.95	20	19.05
TOTAL	87	82.86	12	11.43	6	5.71	105	100.00

VALOR DE P: 0.01

CHI – CUADRADO DE PEARSON: 4.497

Nota. Estadísticas obtenidas del registro de historias clínicas del Hospital General José María Velasco Ibarra. Elaboración propia (Chancusig A, Reyes G.)

Considerando lo mencionado en el párrafo anterior, en la tabla 15 se comprueba que la mayor adherencia farmacológica corresponde al grupo de personas con esquema de tratamiento consistente en una sola tableta, con el 69.52%.

4.3. Valoración de la Adherencia Farmacológica

Considerando los resultados y discusiones presentados, tanto en el análisis univariante como el bivariante, se procede a emitir algunas consideraciones derivadas de estos análisis para valorar la calidad de adherencia farmacológica al tratamiento con los antirretrovirales en los pacientes atendidos con el tratamiento por la enfermedad del VIH, en el Hospital José María Velasco Ibarra.

En los resultados obtenidos se evidencia que la mejor calidad de adherencia farmacológica al tratamiento sucedió en los pacientes que tenían las siguientes características socioeconómicas y demográficas: los adultos en un 50.48%, el sexo masculino con un 57.14%, la etnia de mayor adherencia fue la indígena con 48.57%, con un nivel socioeconómico aceptable en 64.76%, hablantes del idioma español con un 61.90% y con estudios de secundaria en un 59.05%. En las características mencionadas se concentró el mayor porcentaje de adherencia al tratamiento antirretroviral y, por ende, es donde se aproxima los criterios de calidad de dicha adherencia en el estudio efectuado. En relación a los factores asociados al tratamiento, la mejor calidad de adherencia se obtuvo en los pacientes con tratamiento de 1 a 5 años con un 59.05%, siendo el esquema Lamivudina + Tenofovir Disoproxil + Dolutegravir el de mayor adherencia, ya que se administró bajo una tableta, tal y como se evidencia con el resultado obtenido del 69.52% de los pacientes estudiados.

En contraposición de los resultados anteriores, tenemos que la peor calidad de adherencia farmacológica al tratamiento sucedió en los pacientes que tenían las siguientes características socioeconómicas y demográficas: los adultos mayores con 1.90 %, el sexo femenino con un 25.71%, la etnia de menor adherencia fue la negra con 0.95%, con un nivel socioeconómico muy deficiente en 0.95%, estudios a nivel técnico en 0.95% y hablantes de ambos idiomas (Kwicha y Español) en un 20.95%. En relación a los factores asociados al

tratamiento, la peor calidad de adherencia se obtuvo en los pacientes con tratamiento mayor a 10 años con un 5.71%, siendo los esquemas Atazanavir + Ritonavir 300+100 / Abacavir/ Lamivudina 600+300, y, Dolutegravir 50 + Abacavir/ Lamivudina 600+300 los de menor adherencia, tal y como se evidencia con el resultado obtenido del 0.95% de los pacientes estudiados. Además, el esquema de tratamiento con dos pastillas también es de menor calidad de adherencia con un 13.33%.

Si bien, los resultados obtenidos que presentan los dos extremos de la adherencia farmacológica, evidencian la importancia de los avances en los últimos tratamientos combinados, donde no se requiere la administración de varios comprimidos o pastillas al día; otro factor que cobra importancia reside en el mantenimiento y constancia del tratamiento a lo largo del tiempo. De igual manera, no se debe olvidar de los factores demográficos y socioculturales que pueden incidir en la calidad de la adherencia al tratamiento, tal y como se evidenció en el estudio efectuado.

Los factores contemplados no son los únicos que se deben asumir al momento de valorar o estimar la calidad de la adherencia farmacológica a un tratamiento antirretroviral, existen otros factores como el personal y sistema sanitario, que tal y como lo menciona Polo, Knobel & Morillo (2020) han sido poco considerados en este tipo de estudio pero que se deberían contemplar con mayor frecuencia; así como otros factores adicionales si deseamos realizar un estudio de la adherencia farmacológica como un proceso multifactorial y multidimensional que no se limita únicamente a la prescripción y administración farmacológica.

En consecuencia, las propuestas que persigan mejorar la adherencia farmacológica al tratamiento con los antirretrovirales en los pacientes atendidos por VIH en el Hospital José María Velasco Ibarra, deben pasar de manera incuestionable por asumir la adherencia farmacológica como un proceso multifactorial y multidimensional.

5. CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

Las conclusiones del presente estudio se organizaron en atención a los objetivos expresados en el primer capítulo. Es así como, en relación a los principales factores asociados a la falta de adherencia farmacológica con los antirretrovirales en los pacientes atendidos por VIH en el Hospital José María Velasco Ibarra, tenemos que estos factores están vinculados a las características demográficas, a los factores de riesgo asociados al paciente y a los factores asociados al tratamiento.

En relación a los pacientes que presentaron baja calidad o falta de adherencia farmacológica con los antirretrovirales, fueron aquellos con tratamiento mayor de 10 años, los esquemas Atazanavir + Ritonavir 300+100 / Abacavir/ Lamivudina 600+300, y, Dolutegravir 50 + Abacavir/ Lamivudina 600+300 y el tratamiento con dos pastillas. Además de los factores sociodemográficos y asociados al paciente: nivel socioeconómico deficiente, estudios técnicos, sexo femenino, adultos mayores, hablantes de ambos idiomas (Kwicha y Español) y etnia negra.

Como paso previo a la valoración de la calidad de adherencia farmacológica, se realizó la relación de la carga viral con los factores asociados a las características demográficas, riesgos de la población y tratamiento asociado. Lo anterior permitió determinar los factores asociados a una mejor calidad de adherencia, los cuales fueron aquellos con tratamientos de 1 a 5 años, el esquema Lamivudina + Tenofovir Disoproxil + Dolutegravir y el tratamiento con una pastilla. Además de los factores sociodemográficos y asociados al paciente: nivel socioeconómico aceptable, estudios de secundaria, sexo masculino, adultos, hablantes del idioma Español, etnias indígena y mestiza.

5.2. Recomendaciones

Una vez concluido el estudio, se emiten las siguientes recomendaciones. En primer lugar, se recomienda considerar los resultados obtenidos como antecedentes para investigaciones posteriores en la provincia de Napo, así como en el país, ya que en el caso de la provincia no existen estudios similares y es importante disponer de registros científicos sobre la adherencia al tratamiento antirretroviral en el contexto local y nacional. Si bien, cada estudio puede presentar sus particularidades en los resultados y los factores considerados, cualquier aporte enfocado a contrarrestar los efectos del VIH en la sociedad es un aporte sustancial; si el propósito es obtener una adherencia óptima, el tratamiento debe ser de carácter multifactorial y multidisciplinar.

En segundo lugar, se recomienda realizar estudios donde se consideren los factores asociados al personal y sistema sanitario, pues tal y como se indica en el documento del GeSIDA (Polo, Knobel & Morillo, 2020) estos factores son menos estudiados y ambos representan aspectos de gran relevancia para que el paciente se adhiera al tratamiento. Así mismo, se sugiere la revisión periódica del documento mencionado, por cuanto constituye un importante referente

en constante actualización al momento de investigar sobre la adherencia terapéutica al tratamiento antirretroviral.

6. REFERENCIAS

- Alcamí, J. & Coiras, M. (2011). Inmunopatogenia de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. *Revista Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 216-226.
- Arias, F. (2006). El Proyecto de Investigación. Introducción a la metodología científica. (5ta Edición). Caracas: Editorial Episteme.
- Betancourt, J. (2018). Adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes seropositivos. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 82-94.
- Bisquerra, R. (1989). Métodos de Investigación Educativa. Guía Práctica. Barcelona, España: Ediciones CEAC.
- Chauriye, V & Monsalve, V. (2015). ¿Es útil el inicio temprano de la terapia antirretroviral en adultos VIH (+) sin coinfecciones? *Revista Biomédica MED Wave* <https://doi.org/10.5867/medwave.2015.6326>
- Espinosa, A., Ávila, M., & Gibert, M. (2018). Una concepción actualizada de la adherencia al tratamiento antirretroviral. *Revista Cubana de Enfermería*, 220-232.
- Gutiérrez-Gabriel, I., Godoy-Guinto, J., Lucas-Alvarado, H., Pineda-Germán, B., Vázquez-Cruz, E., Hernández-De la Rosa, M., & Sosa-Jurado, F. (2019). Calidad de vida y variables psicológicas que afectan la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes mexicanos con infección por VIH/Sida. *Revista Chilena de Infectología*, 331-339. <http://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182019000300331>
- Hernández, R; Fernández, C y Baptista, P. (2003). Metodología de la Investigación. (3ra Edición). México: Mc Graw-Hill.
- Junta Coordinadora del Programa de ONUSIDA. (2015). *90-90-90 Un ambicioso objetivo de tratamiento para contribuir al fin de la epidemia de Sida*. http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/90_90_90_es.pdf
- Jurado, F. (2015). *Factores asociados a adherencia en pacientes con VIH/SIDA, de la unidad de atención integral de personas viviendo con VIH del Hospital General Enrique Garcés, Quito – Ecuador, julio a octubre 2014*. <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/8609/TESIS%20ADHERENCIA%20A%20LA%20TARGA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Lozano, F & Domingo, P. (2011). Tratamiento antirretroviral de la infección por el VIH. *ELSEVIER. Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*. Vol. 29. Núm. 6. páginas 455-465 (Junio - Julio 2011). DOI: 10.1016/j.eimc.2011.02.009
- Ministerio de Salud El Salvador. (2020). *Guía Clínica para la atención integral en salud de las personas con VIH*. San Salvador, El Salvador.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2020). *Boletín Anual de VIH/sida Ecuador 2020*.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2016). Acuerdo Ministerial 5316. R.O. 510. 22-02-2016. <https://www.salud.gov.ec/wp-content/uploads/2014/11/RO-510->

[22-febrero-2016-CI.pdf](#)

- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (s.f.). *VIH*
<https://www.salud.gob.ec/vih/#:~:text=Al%202017%20en%20el%20Ecuador,d e%2020%20a%2049%20a%C3%B1os>
- Ministerio de Salud Pública. (2019). *Prevención, diagnóstico y tratamiento de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en embarazadas, niños, adolescentes y adultos, Guía de Práctica Clínica*. Quito, Ecuador.
https://www.salud.gob.ec/wpcontent/uploads/2019/06/gpc_VIH_acuerdo_ministerial05-07-2019.pdf
- OMS. (2020). *VIH/sida*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>
- ONUSIDA. (2020). *Monitoreo Global del SIDA 2021*. <https://www.unaids.org/es>
- OPS (2019). *VIH/SIDA*.
https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9573:2019-factsheet-hiv-aids&Itemid=40721&lang=es
- Polo, R., Knobel, H., & Morillo, R. (Coords.). (2020). *Documento de Consenso para Mejorar la Adherencia a la Farmacoterapia en Pacientes con Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana en Tratamiento Antirretroviral*. Grupo de Estudio del SIDA-SEIMC (GeSIDA) https://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2020/04/GUIA_GESIDA_febrero_2020_Adherencia.pdf
- Steps for Living. (2019). *Terapia antirretroviral de gran actividad (HAART)*.
<https://stepsforliving.hemophilia.org/es/otro-paso-mas/tratamiento-sin-factor/terapia-antirretroviral-de-gran-actividad>
- Suárez-Villa, M. (2018). Adherencia a fármaco-terapia antirretroviral para el tratamiento del VIH/SIDA en la costa caribe colombiana. *Revista Latinoamericana de Hipertensión*.
- The INSIGHT START Study Group. (2015). *Initiation of Antiretroviral Therapy in Early Asymptomatic HIV Infection*.
<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmoa1506816>
- Urizar, C., Jarolin-Montiel, M., Ayala-Servin, N., Centurión-Wenninger, C., & Montiel-Garcete, D. (2020). Factores asociados a la no adherencia del tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH en un Hospital de Paraguay. *Revista Científica Ciencia Médica*; 23(2): 166-174.
- Villacres-García, F., Ochoa-Loor, J., & Ruiz del Valle, D. (2017). Factores que influyen en la no adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH/SIDA hospital “Martín Icaza”. *Dominio de las Ciencias*, 849-865.

7. ANEXOS

ANEXO A

Test The Simplified Medication Adherence Questionnaire (SMAQ)

“ADHERENCIA FARMACOLÓGICA EN PACIENTES CON VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA. HOSPITAL JOSÉ MARÍA VELASCO IBARRA, 2021”

ENCUESTA

NUMERO DE CEDULA: _____

MARQUE CON UNA “X” LA OPCION QUE MAS SE ASEMEJE A SU REALIDAD.

PREGUNTAS		SI	NO		
¿Alguna vez olvida tomar la medicación?					
¿Toma siempre los fármacos a la hora indicada?					
¿Alguna vez deja de tomar los fármacos si se siente mal?					
¿Olvidó tomar la medicación durante el fin de semana?					
En la última semana, ¿cuántas veces no tomo alguna dosis?	A	B	C	D	E
	Ninguna	1-2	3-5	6-10	Más de 10
Desde la última visita, ¿Cuántos días completos no tomo la medicación?				_____ Días	

Fuente: Documento GeSIDA (Polo, Knobel, & Morillo, 2020).

ANEXO B

CONSENTIMIENTO INFORMADO

“ADHERENCIA FARMACOLÓGICA EN PACIENTES CON VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA. HOSPITAL JOSÉ MARÍA VELASCO IBARRA, 2021”

CONSENTIMIENTO

Le estamos pidiendo que participe en un estudio que busca conocer el nivel de cumplimiento de tratamiento antirretroviral.

Por favor tome todo el tiempo que necesite para decidir.

Yo _____ declaro que he sido informado e invitado a participar en una investigación denominada “Adherencia farmacológica en pacientes con virus de inmunodeficiencia humana. Hospital José María Velasco Ibarra, 2021”. Entiendo que este estudio busca conocer la calidad de adherencia al tratamiento con antirretrovirales orales y los principales factores asociados a la falta de adherencia al tratamiento de la enfermedad por virus de inmunodeficiencia humana y sé que **mi participación consistirá en responder una encuesta que demorará alrededor de 5 minutos**. Me han explicado que **la información registrada será confidencial**, y que los nombres de los participantes serán asociados a un número de serie, esto significa que las respuestas no podrán ser conocidas por otras personas ni tampoco ser identificadas en la fase de publicación de resultados.

Sí. Acepto voluntariamente participar en este estudio.

Firma del participante

Fecha