

UCUENCA

Facultad de Ciencias Médicas

Maestría en Epidemiología

DETERMINANTES SOCIALES EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE VIH/SIDA EN EL HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA, CUENCA 2017-2018.

Trabajo de titulación previo a la obtención del título de Magister en Epidemiología.

Autora:

Lcda. Mónica Alexandra Cedillo Munzón

CI: 0104986799

Correo electrónico: lcdamony_09@hotmail.com

Directora:

Lcda. Jenny Marlene Armijos Guaylacela

CI: 0703211185

Cuenca- Ecuador

18-noviembre-2022

Resumen:

Objetivo: Analizar los determinantes sociales que existen en la adherencia al tratamiento en las personas viviendo con VIH/SIDA del Hospital José Carrasco Arteaga, Cuenca 2017-2018.

Material y Métodos: Se llevo a cabo un estudio cuantitativo descriptivo transversal. realizado en 109 pacientes que fueron diagnosticados de VIH/SIDA en el año 2017-2018, atendidos en el Hospital de Especialidades Jose Carrasco Arteaga que cumplieron con los criterios de inclusión, los datos obtenidos de Sistema AS 400, fueron ingresados y analizados en el programa SPSS 15.

Resultados: Se encontró en esta unidad hospitalaria que el 90,8% de la población eran Hombres, la edad media se encontró $35,08 \pm 12,01$ con una mínima de 14 y máxima de 75 años, el 91,8% se encontraba entre 20-59 años, la mayoría heterosexuales con un 47,8%, de estado civil solteros 70,1%, y el 47,8% tenían un título de tercer nivel, El TARV más utilizado fue la combinación de TDF+FTC+EFV con un 86,2%. La prevalencia de abandono del TARV es del 3,66%, el tiempo mínimo de abandono del TARV fue de 6 meses y el máximo de 3 años, El sexo, la ciudad de residencia, la ocupación laboral si mostraron una relación altamente significativa con el TARV y su abandono con un valor $p < 0.05$.

Conclusiones: La prevalencia fue inferior a otros estudios realizados en poblaciones similares en centros de la misma complejidad, con lo que podemos concluir que en este centro hospitalario hay una adecuada adherencia al TARV.

Palabras claves: Adherencia. Terapia antirretroviral. Infección por VIH. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

Abstract:

Objective: To analyze the social determinants that exist in adherence to treatment in people living with HIV/ AIDS at the José Carrasco Arteaga Hospital, Cuenca 2017-2018.

Material and Methods: A cross-sectional descriptive quantitative study was carried out. carried out on 109 patients who were diagnosed with HIV/ AIDS in the year 2017-2018, treated at the Jose Carrasco Arteaga Specialty Hospital who met the inclusion criteria, the data obtained from the AS 400 System were entered and analyzed in the program SPSS 15.

Results: It was found in this hospital unit that 90.8% of the population were men, the average age was 35.08 ± 12.01 with a minimum of 14 and a maximum of 75 years, 91.8% were between 20-59 years, the majority heterosexual with 47.8%, single marital status 70.1%, and 47.8% had a third level title, The most used ART was the combination of TDF+FTC+ EFV with 86.2%. The prevalence of abandonment of ART is 3.66%, the minimum time of abandonment of ART was 6 months and the maximum of 3 years, the sex, the city of residence, the work occupation did show a highly significant relationship with the TARV and its abandonment with a value $p < 0.05$.

Conclusions: The prevalence was lower than other studies carried out in similar populations in centers of the same complexity, with which we can conclude that in this hospital center there is adequate adherence to ART.

Keywords: Adherence. Antiretroviral Therapy. HIV Infection. Acquired Immunodeficiency Syndrome.

Índice

Contenido

CAPITULO I	12
1.1 INTRODUCCION	12
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
1.3 JUSTIFICACION	¡Error! Marcador no definido.
CAPITULO II	16
2 FUNDAMENTO TEORICO	16
2.1 VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA	16
2.1.1 ADHERENCIA AL TRATAMIENTO	17
2.1.2 TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL	19
2.1.3 SELECCIÓN DEL RÉGIMEN PREFERENCIAL	20
CAPITULO III	22
3.1 OBJETIVO GENERAL	22
3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	22
CAPITULO IV	23
4.1 DISEÑO DEL ESTUDIO	23
4.2 AREA DE ESTUDIO	23
4.3 UNIVERSO Y MUESTRA	23
4.4 CRITERIOS DE INCLUSION	23
4.5 CRITERIOS DE EXCLUSION	23
4.6 METODOS TECNICAS E INSTRUMENTOS PARA RECOLECCION DE DATOS	23
4.7 TABULACION Y ANALISIS	24
4.8 ASPECTOS ETICOS	24

CAPITULO V	25
5. RESULTADOS	25
5.1.1. CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS DE LAS PERSONAS VIVIENDO CON VIH DIAGNOSTICADOS EN EL PERIODO 2017-2018 EN EL HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA	25
5.1.2. ESQUEMA ANTIRRETROVIRAL UTILIZADO EN PACIENTES CON VIH DIAGNOSTICADOS EN EL PERIODO 2017-2018 ATENDIDOS EN EL HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA	31
5.1.3. ABANDONO DEL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL PACIENTES CON VIH DIAGNOSTICADOS EN EL PERIODO 2017-2018 ATENDIDOS EN EL HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA	32
5.1.4. RELACIÓN ENTRE LAS CONDICIONES SOCIALES (SEXO, ORIENTACIÓN, ESTADO CIVIL, RESIDENCIA, ESCOLARIDAD, OCUPACIÓN) CON EL ESQUEMA DE TRATAMIENTO UTILIZADO EN PACIENTES CON VIH DIAGNOSTICADOS EN EL PERIODO 2017-2018 ATENDIDOS EN EL HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA	33
5.1.5. RELACIÓN ENTRE LAS CONDICIONES SOCIALES (SEXO, ORIENTACIÓN, ESTADO CIVIL, RESIDENCIA, ESCOLARIDAD, OCUPACIÓN) CON EL ABANDONO DEL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON VIH DIAGNOSTICADOS EN EL PERIODO 2017-2018 ATENDIDOS EN EL HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA	41
CAPITULO VI	46
DISCUSIÓN	46
CAPITULO VII	51
6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	51
CAPITULO VIII	53
REFERENCIAS BIBLIGRÁFICAS	53
CAPITULO VIII	57
ANEXOS	57

INDICE DE TABLAS

Tabla 1: Distribución de la edad de los pacientes con VIH que acuden HEJCA25	
Tabla 2: Distribución del sexo de los pacientes con VIH que acuden HEJCA	26
Tabla 3: Distribución de la orientación Sexual de los pacientes con VIH que acuden al HEJCA.....	26
Tabla 4: Distribución de la Región de Residencia de los Pacientes con VIH que acuden a la consulta del HEJCA.....	27
Tabla 5: Distribución de la Ciudad de Residencia de los pacientes con VIH que acuden al HEJCA	28
Tabla 6: Distribución del Estado Civil de los pacientes con VIH que acuden al HEJCA	29
Tabla 7: Escolaridad de los Pacientes con VIH que acuden a la consulta del HEJCA	29
Tabla 8: Distribución de las Ocupaciones de los pacientes con VIH que acuden a la consulta del HEJCA	30
Tabla 9: Tratamiento Antirretroviral utilizado en pacientes con VIH que acuden al HEJCA	31
Tabla 10: Prevalencia y Tiempo de Abandono del TARV en Pacientes que acuden al HEJCA.....	32
Tabla 11: Comorbilidades de los pacientes con VIH que acuden al HEJCA....	32
Tabla 12: Relación entre el Sexo y el Esquema de Tratamiento Utilizado en los pacientes con VIH del HEJCA.....	33
Tabla 13: Relación entre la Orientación y el Esquema de Tratamiento Utilizado en los pacientes con VIH del HEJCA	34
Tabla 14: Relación Estado Civil con el Esquema de Tratamiento utilizado en pacientes con VIH del HEJCA.....	35

Tabla 15: Relación entre la región de Residencia y el Esquema de Tratamiento de los pacientes con VIH del HEJCA	36
Tabla 16: Relación entre la ciudad de residencia y el Esquema de Tratamiento de los pacientes con VIH del HEJCA	37
Tabla 17: Relación entre la escolaridad y el esquema de tratamiento de los pacientes con VIH del HEJCA.....	38
Tabla 18: Relación de la ocupación con el Esquema de tratamiento utilizado en los pacientes con VIH del HEJCA.....	39
Tabla 19: Relación del Sexo con el Abandono del Tratamiento del VIH de los Pacientes del HEJCA	41
Tabla 20: Relación Orientación Sexual con el Abandono del Tratamiento del VIH de los Pacientes del HEJCA	42
Tabla 21: Relación Estado Civil con el Abandono del Tratamiento del VIH de los Pacientes del HEJCA	42
Tabla 22: Relación Región de Residencia con el Abandono del Tratamiento del VIH de los Pacientes del HEJCA.....	43
Tabla 23: Relación Ciudad de Residencia con el Abandono del Tratamiento del VIH de los Pacientes del HEJCA.....	44
Tabla 24: Relación Escolaridad con el Abandono del Tratamiento del VIH de los Pacientes del HEJCA	44
Tabla 25: Relación Ocupación Laboral con el Abandono del Tratamiento del VIH de los Pacientes del HEJCA	45

Cláusula de licencia y autorización para publicación en el Repositorio Institucional

Mónica Alexandra Cedillo Munzón en calidad de autor/a y titular de los derechos morales y patrimoniales del trabajo de titulación "DETERMINANTES SOCIALES EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE VIH/SIDA EN EL HOSPITAL JOSE CARRASCO ARTEAGA, CUENCA 2017-2018", de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 18 de noviembre, 2022



Mónica Alexandra Cedillo Munzón

C.I: 0104986799

Cláusula de Propiedad Intelectual

Mónica Alexandra Cedillo Munzón, autor/a del trabajo de titulación "DERTEMINANTES SOCIALES EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE VIH/SIDA EN EL HOSPITAL JOSE CARRASCO ARTEAGA, CUENCA 2017-2018", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor/a.

Cuenca, 18 de noviembre, 2022



Mónica Alexandra Cedillo Munzón

C.I: 0104986799

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por darme la oportunidad de alcanzar una meta más en mi vida.

Un fraterno agradecimiento a la Universidad de Cuenca, centro de Postgrados, por aceptarme y ser parte de la Maestría de Epidemiología; a los Coordinadores de la Maestría de Epidemiología y a cada uno de los docentes, quienes impartieron sus conocimientos para aportar con el actual sistema de Salud a nivel nacional que se maneja en el país.

Agradezco a mi directora de tesis, Lcda. Jenny Armijos, quien estuvo siempre pendiente, apoyándome en todo momento, guiándome durante todo el desarrollo y poder culminar este trabajo de investigación.

Para finalizar agradezco a todos mis compañeros, por su compañerismo, amistad y apoyo en cada módulo durante el tiempo de la maestría.

DEDICATORIA

Esta meta está dedicada especialmente para mis hijas: Maite, Romina y Danna, quienes son mi motor de todos los días, de igual manera les dedico a mis padres por estar incondicionalmente en todo momento, a pesar de la distancia, gracias a ellos por inculcarme que siempre se puede dar más y alcanzar lo que uno se propone con perseverancia, gracias a ellos hoy he llegado hasta donde estoy.

Le dedico a mis hermanas Karina y Lizbeth, no importa cuantos obstáculos se presente en el transcurso de la vida, con perseverancia se alcanza lo propuesto, gracias ñañas por ser parte de esta felicidad a la distancia.

CAPITULO I

1.1 INTRODUCCION

La epidemia del VIH/SIDA se ha convertido en uno de los problemas más importantes de la salud a nivel mundial. Los avances conseguidos en los últimos años han permitido conocer de mejor manera la magnitud del problema, tanto en el diagnóstico de laboratorio, el tratamiento antirretroviral y mayor acceso a programas de tratamiento y prevención(1).

Al finalizar el año 2019 más de 38 millones de personas vivían con VIH, 26 millones habían accedido a la terapia antirretroviral, alrededor de 690.000 fallecieron a causa de enfermedades relacionadas con el SIDA en todo el mundo y aproximadamente 7,1 millones de personas desconocían que estaban viviendo con el VIH(2).

A pesar de la existencia del tratamiento antirretroviral las cifras de contagios por VIH siguen en aumento, es por ello que la adherencia al tratamiento antirretroviral es primordial para disminuir complicaciones, morbi-mortalidad, resistencia a la terapia y por ende fracaso de la misma y de esta manera garantizar que las personas que viven con el VIH lleven su vida de una manera sana y productiva(3).

La presente investigación es un estudio cuantitativo que tiene como objetivo identificar los determinantes sociales de la adherencia antirretroviral de las personas viviendo con el VIH/SIDA del Hospital José Carrasco Arteaga durante el período 2017-2018. Para ello se utilizará la base de datos de la Unidad de Epidemiología y las fichas médicas virtuales (Sistema AS 400), posterior a ello se realizará un análisis comparativo entre aquellas personas que se adhirieron al tratamiento y las que no.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Desde la aparición de la terapia antirretroviral (TARV) ha mejorado el pronóstico de la mayoría de las personas viviendo con VIH, disminuyendo su morbi-mortalidad en donde se está empleando. Se ha observado un descenso marcado de las infecciones y enfermedades oportunistas y una mejoría de la calidad de vida de las personas infectados por VIH(4).

En 2019 en el mundo 25,4 millones de personas que vivían con VIH tuvieron acceso a la terapia antirretroviral, de ellos el 67% de todas las personas que vivían con el VIH accedieron al tratamiento, el 68% correspondía a mayores de 15 años, el 53% de niños de hasta 14 años, el 73% eran mujeres adultas de 15 años, sin embargo, solo el 61% de los hombre adultos de 15 o más años de edad tuvieron acceso al tratamiento y el 85 % de mujeres embarazadas para evitar la transmisión del VIH a sus hijos(2).

Según datos de ONUSIDA, las estimaciones del 2019 en el Ecuador existen 47.000 personas viviendo con VIH, de las ellas el 80% conocen su estado, los adultos mayores de 15 años de edad el 65% tienen tratamiento antirretro viral, mujeres mayores de 15 años con el 69%, los hombres con un 64% y los niños entre 0 – 14 años en un 60%(2).

En la información recolectada dentro del Hospital José Carrasco Arteaga de la ciudad de Cuenca al estudiar la zona 6 que pertenece a las provincias de Azuay, Cañar y Morona Santiago en la Unidad de Epidemiología se ha reportado un total de 465 casos confirmados aproximadamente, donde solo 357 reciben tratamiento antirretroviral, teniendo en cuenta que la infección viral predomina en el sexo masculino en una edad aproximada de 40 años y más.

Sin embargo, el TARV exige, para su eficacia, un grado elevado de adherencia al tratamiento. La falta de adherencia al tratamiento antirretroviral conlleva el aumento de la carga viral, la disminución de los linfocitos CD4, el incremento del riesgo de transmisión de cepas resistentes del virus, el deterioro de la calidad de vida de las personas, la reducción de sus posibles tratamientos futuros y la limitación de contención de costos sanitario(5).

1.3 JUSTIFICACION

El VIH es considerado un problema de salud a nivel mundial, por ello el énfasis en la prevención, diagnóstico, tratamiento y la adherencia es importante ya que permite que las personas que viven con el virus lleven una vida larga y saludable(1).

La aparición de la terapia antirretroviral aportó para que el VIH/ SIDA pase a ser de una enfermedad letal a una enfermedad crónica, alargando la supervivencia de estas personas; sin embargo, para ello se debe mantener un alto grado de adherencia al tratamiento(6).

A pesar de que existe el tratamiento Antirretroviral los casos de VIH siguen aumentando, por este motivo, la adherencia al TARV es indispensable para el éxito, sin embargo, la no adherencia puede ocasionar graves consecuencias afectando la calidad de vida de las personas que viven con el virus.

Por esta razón el estudio pretende identificar y analizar los determinantes sociales que existen en la adherencia al tratamiento en las personas viviendo con VIH/SIDA del Hospital José Carrasco Arteaga, Cuenca 2017-2018.

El resultado de este estudio permitirá tener un análisis de las relaciones demográficas y sociales de la adherencia al tratamiento antirretroviral en las personas que viven con VIH/SIDA para fortalecer el plan estratégico que se lleva a cabo en la institución y mejorar la calidad de vida de los usuarios que acuden al establecimiento de salud antes citado.

CAPITULO II

2 FUNDAMENTO TEORICO

2.1 Virus de la Inmunodeficiencia Humana

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) fue descrito por primera vez en EE. UU en el año de 1981 y descubierto en 1983 ocasionando la inmunodeficiencia adquirida (SIDA). Desde entonces esta infección se convirtió en una epidemia a nivel mundial.

Para el 2019 más de 38 millones de personas vivían con VIH, 26 millones accedieron a la terapia antirretroviral, alrededor de 690.000 personas murieron a causa de enfermedades relacionadas con el SIDA en todo el mundo y aproximadamente 7,1 millones de personas desconocían que estaban viviendo con el VIH(2).

El virus de la Inmunodeficiencia humana, es un virus que infecta al sistema inmunológico, ocasionando un deterioro progresivo y afectando o anulando su función; asimismo cuando la infección avanza da paso a la última etapa de la enfermedad llamada Síndrome de Inmunodeficiencia Humana caracterizada por la presencia de enfermedades oportunistas que amenazan o ponen en riesgo la vida de la persona(7).

El VIH es una enfermedad de evolución crónica manifestado por síntomas como: fiebre, pérdida de peso, diarrea persistente sumando a estos su manera de contagio por vía sexual, sanguínea, contacto con fluidos contaminados y transmisión vertical (madre–niño) por tal razón es importante que se diagnostique de manera oportuna y se inicia el tratamiento antirretroviral para garantizar una calidad de vida óptima de las personas que viven con el virus(1,8).

2.1.1 Adherencia al Tratamiento

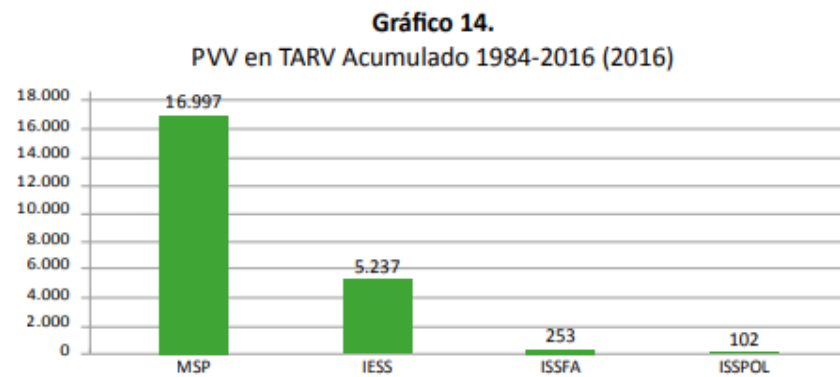
“La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adherencia al tratamiento como el cumplimiento del mismo; es decir, tomar la medicación de acuerdo con la dosificación del programa prescrito; y la persistencia, tomar la medicación a lo largo del tiempo”.(6)

En 2019 en el mundo 25,4 millones de personas que vivían con VIH adquirieron acceso a la terapia antirretroviral, de los ellos el 67% de todas las personas que vivían con el VIH tuvieron acceso al tratamiento, el 68% correspondían a adultos mayores de 15 años, el 53% eran niños de hasta 14 años, el 73% fueron mujeres adultas de 15 años, sin embargo, solo el 61% de los hombre adultos de 15 o más tuvieron acceso al tratamiento y el 85 % de mujeres embarazadas para evitar la transmisión a sus hijos(2).

En Ecuador el Ministerio de Salud Pública (MSP) elaboró el Plan Estratégico Nacional Multisectorial donde indica *“De identificarse casos positivos en la población general, así como en mujeres embarazadas en los centros de salud del MSP, se facilita el tratamiento antirretroviral para la atención de los pacientes, se oferta la cesárea para la culminación del embarazo, pruebas de control para su seguimiento como carga viral y CD4 y se complementa la alimentación con sucedáneos de leche materna para la alimentación de los expuestos perinatales.”* de esta forma promocionar la continuidad de la adherencia antirretroviral(9).

De este modo, al terminar el 2017 se registraron 19.545 personas viviendo con VIH con tratamiento antirretroviral de manera regular.

Según el RPIS el acceso al tratamiento antirretroviral desde 1984 al 2016 alcanzaron las 22.589 personas viviendo con VIH, las mismas que se distribuyen de la siguiente manera: MSP con 16.997 (75,25 %), IESS con 5.237 (23,18 %), FF.AA. con 253 (1,12 %) y la Policía Nacional con 102 (0,45 %), considerando la normativa para la Atención Integral para VIH/sida-ITS (Gráfico 14) (9). (11)



Fuente: Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control, MSP.

23 Guía de atención integral para adultos y adolescentes con infección por VIH/sida MSP-2013

El acceso al TARV en 2016 se identificó a 3.168 nuevos casos, en donde la cobertura ha sido la siguiente: MSP 61,81 % (1 958), el IESS 36,74 % (1 164), Fuerzas Armadas 1,17 % (37) y Policía Nacional con el 0,28 % (9).

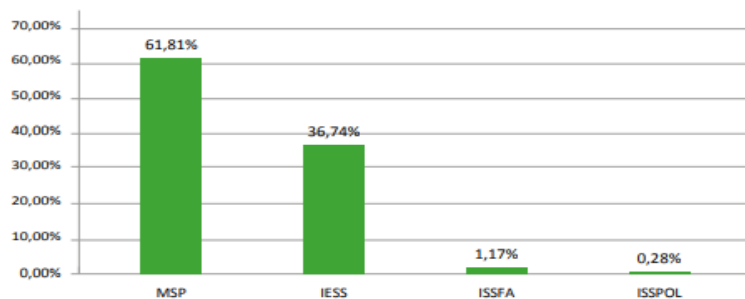
Tabla 5.
PVV con TARV (MSP 2016)

Línea de tratamiento TARV	PVV			
	Niños	Adultos	Total	%
Primera línea	325	12 873	13 198	77,6 %
Segunda línea	315	2 660	2 975	17,5 %
Tercera línea	44	780	824	4,8 %
Total	684	16 313	16 997	100 %

Fuente: Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control, MSP.

De las personas viviendo con VIH atendidas en el MSP con tratamiento antirretroviral, el 77,6 % se encuentra en la primera línea, el 17,5 % en la segunda línea y el 4,8 % en la tercera línea de tratamiento(9).

Gráfico 15.
Acceso a TARV de la RPIS 2016



Fuente: Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control, MSP, RPIS.

A pesar de que las personas tienen acceso al tratamiento antirretroviral los casos de VIH-SIDA continúa incrementando por lo tanto se debe diferenciar la adherencia al tratamiento de la toma de medicamentos ya que este último se basa en el horario establecido, con alimentos ingeridos, etc; y la adherencia busca estudiar las características socio-demográficas como determinante para garantizar el éxito de la terapia antirretroviral y mejorar la calidad de vida de las personas que viven con el virus(10).

Según un estudio realizado a 60 pacientes infectados por el VIH en el Hospital General Universitario de Castellón (España) sobre la Adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes VIH muestra que existe mayor porcentaje de adherencia entre los 40-49 años de edad (50%); el mayor porcentaje de no adherentes en pacientes menores a 39 años (8,33%) y de sexo femenino (44,44%). A demás encontraron un mayor porcentaje de no adherentes en pacientes viudos, separados, personas que viven solas y con pareja estables, y más adherentes en los casados. Sin embargo, el estudio no demostró diferencias estadísticamente significativas(6).

2.1.2 Tratamiento Antirretroviral

Iniciar oportunamente el tratamiento antirretroviral es trascendental en la atención integral a las personas viviendo con VIH, de esta manera se puede dar información de los TARV y puedan acceder a ella, favoreciendo a reducir la morbilidad, mortalidad y el riesgo de transmisión del VIH, de esta manera prolongando su calidad de vida(9).

De acuerdo con la guía de atención integral para adultos y adolescentes con infección por VIH/SIDA, los antirretrovirales que existen en el Ecuador son:

ITRN (Inhibidores de la transcriptasa reversa nucleósidos)	ITRNN (Inhibidores de la transcriptasa reversa no nucleósidos)	IP (Inhibidores a la proteasa)	II (Inhibidor de la Integrasa)
Zidovudina (AZT) Lamivudina (3TC) Didanosina(ddl) Abacavir (ABC) Tenofovir (TDF) Emtricitabina(FTC)	Efavirenz (EFV) Neviparina (NVP) Etravirina (ETV)	Lopinavir+Ritonavir (LPV/RTV) Saquinavir(SQV) Atazanavir (ATZ) Darunavir (DRV)	Raltegravir (RLV)

Realizado por: Mónica Cedillo

2.1.3 Selección del Régimen Preferencial

Actualmente el tratamiento de elección para la infección por VIH-1 consiste en la combinación de tres fármacos: dos ITIAN + un ITINN, en el caso de que haya contraindicación: dos ITIAN + IP/r. Por lo general con de estos tratamientos se puede obtener CVP <50 copias/ml en >70% de casos, a las 48 semanas(9).

I Y II fármaco: nucleósidos	III fármaco no nucleósido o, IP
Preferido: TDF (300mg diario) + FTC (200 mg diario)	Preferido: EFV 600mg diario
Alternativo: ABC* (600mg diario) + 3TC (150mg BID) O AZT(300mg BID) + 3TC (150mg BID)	Alternativo: ATV 300mg diario/ r 100mg diario o NVP(200MG BID con inicio de 200mg diario por 2 semanas) en mujeres con CD4

2.1.4 Esquemas de segunda línea según los esquemas preferenciales y alternativos de primera línea

En el caso de fallo virológico se recomienda un inhibidor de la proteasa reforzado (IP/r) con dos análogos nucleósidos (INTI). ATV/r y LPV/r son los IP/r.

Se recomiendan opciones simplificadas con un segundo INTI. Si en el régimen preferencial se utilizó AZT, utilizar TDF + 3TC (FTC) como INTI de base en el régimen alternativo. Si en el régimen de primera línea se administró TDF, utilizar AZT + 3TC como INTI de base en el régimen de segunda línea(9).

Si el régimen anterior fue:	El régimen nuevo debe incluir:
TDF/FTC/EFV	AZT/3TC+ATV/r

UCUENCA

ABC/3TC+EFV	AZT/3TC+ARVr
TDF/FTC+ATVr	AZT/3TC+DRV/r o LPV/r
AZT/3TC+EFV	TDF/FTC+ATV/r

CAPITULO III

3.1 OBJETIVO GENERAL

Analizar los determinantes sociales que existen en la adherencia al tratamiento en las personas viviendo con VIH/SIDA del Hospital José Carrasco Arteaga, Cuenca 2017-2018.

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar las características socio demográficas de las personas viviendo con VIH que acuden a la consulta médica en el Hospital José Carrasco Arteaga.
- Establecer que esquema antirretroviral es el más utilizado en aquellos pacientes que acuden a la consulta médica del Hospital José Carrasco Arteaga.
- Determinar cuántas personas abandonaron el tratamiento antirretroviral.
- Determinar las comorbilidades de los pacientes con VIH/SIDA del HEJCA.
- Establecer las relaciones entre las condiciones sociales (orientación, residencia, nivel educativo, ocupación) con los esquemas de tratamiento y la adherencia.

CAPITULO IV

4.1 DISEÑO DEL ESTUDIO

El presente estudio se realizó con enfoque cuantitativo descriptivo transversal.

4.2 AREA DE ESTUDIO

Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga

4.3 UNIVERSO Y MUESTRA

El universo de estudio fueron todas las historias clínicas virtuales (Sistema AS 400) de las personas en tratamiento antirretroviral diagnosticados durante el periodo 2017-2018. Se trabajó con la totalidad del universo; por lo que el cálculo de la muestra es innecesario.

4.4 CRITERIOS DE INCLUSION

- Todas las personas diagnosticadas en el Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga de VIH/ SIDA en el período de 2017-2018

4.5 CRITERIOS DE EXCLUSION

- Aquellas personas que no tuvieron diagnóstico confirmado.
- Las personas que fueron diagnosticadas antes o después del período 2017-2018.

4.6 MÉTODOS TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA RECOLECCIÓN DE DATOS

Para el presente estudio se tomó los datos de las historias clínicas virtuales (Sistema AS 400) y de la base de datos de la Unidad de Epidemiología, y se procedió a la elaboración de una ficha de registro de información.

Procedimientos: para la recolección de datos, se solicitó la autorización correspondiente, mediante un oficio dirigido al Dr. Juan Carlos Ortiz Calle; Coordinador General de Investigación del Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga, para el acceso a la información.

4.7 TABULACIÓN Y ANÁLISIS

Supervisión. - fue coordinado directamente con el director.

Análisis. - con la información de las historias Clínicas virtuales (AS 400) se realizó una base de datos en el sistema SPSS versión 15, datos de estadística descriptiva, tablas 2x2, valores absolutos.

4.8 ASPECTOS ÉTICOS

La información obtenida de las historias clínicas virtuales del sistema médico del hospital se manejó con absoluta confidencialidad y según lo establecido en el acuerdo Ministerial 5216, Art. 12. *“En el caso de historias clínicas cuyo uso haya sido autorizado por el/la usuario/a respectivo para fines de investigación o docencia, la identidad del/a usuario/a deberá ser protegida, sin que pueda ser revelada por ningún concepto. El custodio de dichas historias deberá llevar un registro de las entregas de estas con los siguientes datos: nombres del receptor, entidad en la que trabaja, razón del uso, firma y fecha de la entrega”*, todo esto con la finalidad de preservar y salvaguardar la integridad de los individuos. Por lo tanto, se realizó una codificación nueva desde el número correlativo 001, obviando números de las historias clínicas, nombres, apellidos, direcciones, números telefónicos, de esta manera, no existe forma de localizar al paciente, no se comprometieron los derechos ni la privacidad de las personas incluidas en la investigación.

Esta investigación representa un riesgo mínimo para los investigados, por ser un análisis de fuentes secundarias, de este modo, no se podrá filtrar la información y ser utilizada por terceros, ya que el uso de códigos y custodia minimiza ese riesgo; de esta manera no se expuso a ningún riesgo físico, psicológico o social a los pacientes.

Por otra parte, el proyecto de investigación beneficiará a la población y comunidad científica ya que permitirá obtener datos reales y actualizados acerca de los determinantes sociales en la adherencia al tratamiento de VIH/SIDA encontrados en el HEJCA, resultando

útiles para el conocimiento del departamento de Epidemiología de la institución y para la epidemiología local.

Conflicto de intereses. - El autor declara ser el investigador directo y que no existe ningún conflicto de intereses.

CAPITULO V

5. RESULTADOS

5.1. ANÁLISIS DE LA INFORMACION

El estudio realizado en el Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga, con un total de 109 pacientes diagnosticados de VIH en los años 2017-2018, se excluyeron 8 fichas, 2 fallecieron (1 diagnostico en el año 2016 y el otro le diagnosticaron en el IESS de Machala), 1 porque el diagnostico fue realizado en el 2016, 2 no tienen confirmación diagnostica, 2 les diagnosticaron en el MSP y 1 no presenta ninguna información en el sistema.

5.1.1. Características socio demográficas de las personas viviendo con VIH diagnosticados en el periodo 2017-2018 en el Hospital José Carrasco Arteaga.

Tabla 1: Distribución de la edad de los pacientes con VIH que acuden HEJCA

EDAD			
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	10-19	5	4,6
	20-29	35	32,1
	30-39	38	34,9
	40-49	16	14,7
	50-59	11	10,1
	60-69	2	1,8
	70-79	2	1,8
	Total	109	100,0

Realizado por: Mónica Cedillo

Fuente: Base de Datos

ANÁLISIS: La mayor parte de la población con VIH diagnosticada en el 2017-2018 que acuden a la consulta del HEJCA, se encuentran entre los 30-39 años con el 34,9% de la población, los que están entre 20-29 años con el 32,1%, seguido los que están entre 40-49 años con el 14,7%, los de entre 50-59 años con el 10,1%, luego los adolescentes con el 4,6% y por ultimo los adultos mayores con el 3,6%. La edad media de esta población fue $35,08 \pm 12,01$, la mínima de 14 y la máxima de 75 años.

Tabla 2: Distribución del sexo de los pacientes con VIH que acuden HEJCA

SEXO			
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	HOMBRE	99	90,8
	MUJER	10	9,2
	Total	109	100,0

Realizado por: Mónica Cedillo

Fuente: Base de Datos

ANÁLISIS: El 90,8% (n=99) de la población fueron Hombres y el 9,2% (n=10) mujeres.

Tabla 3: Distribución de la orientación Sexual de los pacientes con VIH que acuden al HEJCA

ORIENTACION SEXUAL			
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	NO HAY INFORMACION	17	15,6
	HETEROSEXUAL	44	40,4

	HOMOSEXUAL	35	32,1
	BISEXUAL	13	11,9
	Total	109	100,0

Realizado por: Mónica Cedillo

Fuente: Base de Datos

ANÁLISIS: En cuanto a la orientación sexual, 17 pacientes no proporcionaron información en su Historia Clínica, por lo tanto, quedan 92 pacientes con este dato, de los cuales el 47,8% (n=44) se considera Heterosexual, el 38% (n=35) Homosexual y el 14,1% (n=13) bisexual.

Tabla 4: Distribución de la Región de Residencia de los Pacientes con VIH que acuden a la consulta del HEJCA.

REGION			
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	COSTA	37	33,9
	SIERRA	61	56,0
	ORIENTE	11	10,1
	Total	109	100,0

Realizado por: Mónica Cedillo

Fuente: Base de Datos

ANÁLISIS: El HEJCA es un Hospital de referencia que pertenece a la zona 6 que abarca las provincias de Azuay, Cañar y Morona Santiago de donde recibe pacientes, la mayoría de la población pertenece a la región Sierra con el 56% (n=61), seguido de la región Costa con el 33,9% (n=37), y el oriente con el 10,1%.

Pese a que el HEJCA no es de referencia para las provincias de la costa, tiene una gran demanda de pacientes de esta región por la cercanía que existe con las provincias de Guayas y El Oro.

Tabla 5: Distribución de la Ciudad de Residencia de los pacientes con VIH que acuden al HEJCA

RESIDENCIA		Frecuencia	Porcentaje
Válido	CUENCA	46	42,2
	MACHALA	23	21,1
	MACAS	7	6,4
	LA TRONCAL	6	5,5
	LOJA	4	3,7
	CAÑAR	2	1,8
	ORELLANA	2	1,8
	PASAJE	2	1,8
	PUERTO BOLIVAR	2	1,8
	SANTA ROSA	2	1,8
	OTROS	13	12
	TOTAL	109	100

Realizado por: Mónica Cedillo

Fuente: Base de Datos

ANÁLISIS: En cuanto a la ciudad de residencia de los pacientes con VIH diagnosticados en el 2017-2018 que acuden al HEJCA, el 42,2% corresponden a la ciudad de Cuenca, seguido del 21,1% son de Machala, él 6,4% de Macas, 5,5% de la Troncal, él 3,7% son de Loja, seguido de Cañar, Orellana, Pasaje, Puerto Bolívar y Santa Rosa con el 1,8% cada uno y por ultimo Ambato, Azogues, El Triunfo, Gualaquiza, Huaquillas, Las Lajas, Morona Santiago, Naranjal, Portovelo, Pucara, Quevedo, Sígsig y Zaruma con el 0,9% cada uno.

Tabla 6: Distribución del Estado Civil de los pacientes con VIH que acuden al HEJCA

ESTADO CIVIL			
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	SOLTERO	75	70,1
	CASADO	21	19,6
	DIVORCIADO	4	3,7
	UNION LIBRE	4	3,7
	SEPARADO	1	0,9
	UNION DE HECHO	1	0,9
	VIUDO	1	0,9
	Total	107	100

Realizado por: Mónica Cedillo

Fuente: Base de Datos

ANÁLISIS: 107 proporcionaron esta información en su historia clínica. El 70,1% de la población es soltera, seguido de los casados con el 19,6%, los divorciados y en unión libre con el 3,7% cada uno, y por ultimo los separados, unión de hecho y viudos con el 0,9% cada uno.

Tabla 7: Escolaridad de los Pacientes con VIH que acuden a la consulta del HEJCA

ESCOLARIDAD			
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	PRIMARIA	8	11,9
	SECUNDARIA	9	13,4
	EDUCACION BASICA	6	9,0
	BACHILLERATO	9	13,4
	SUPERIOR	32	47,8
	CUARTO NIVEL	3	4,5
	Total	67	100

Realizado por: Mónica Cedillo

Fuente: Base de Datos

ANÁLISIS: respecto a la escolaridad 42 pacientes no reportaron esta información, lo que nos deja 67 para analizar este parámetro, de estos el 47,8% tenían educación superior, seguido de quienes terminaron el bachillerato con el 13,4% y quienes terminaron la secundaria (10 de Básica) con un 13,4%, primaria con 11,9%, educación básica inconclusa con un 9% y quienes tenían título de cuarto nivel con el 4,5%.

Tabla 8: Distribución de las Ocupaciones de los pacientes con VIH que acuden a la consulta del HEJCA

OCUPACIÓN			
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	EMPLEADO PRIVADO	13	13,8
	DOCENTE	13	13,8
	ESTUDIANTE	6	6,4
	MEDICO	5	5,3
	ABOGADO	4	4,3
	BANANEROA	3	3,2
	AGRICULTOR	3	3,2
	MODISTA	3	3,2
	EMPLEADO PUBLICO	3	3,2
	GUARDIA	3	3,2

Realizado por: Mónica Cedillo

Fuente: Base de Datos

ANÁLISIS: 15 pacientes no reportaron esta información en su Historia clínica. En la tabla 8 se evidencia la distribución de las ocupaciones, más prevalentes, el 13,8% de los pacientes fueron empleados privados, al igual que los docentes con el 13,8%, seguido de los estudiantes con el 6,4%, luego los médicos con el 5,3%, abogados con el 4,3%, seguido de los bananeros, agricultores, modistas, empleados públicos y guardias con el 3,2% cada uno, seguido de los jubilados, contadores,

construcción, mensajero y gerente con el 2,1%, y por ultimo empleados domésticos, limpieza, perchadores, supervisor, chofer, etc con el 1,1% cada uno

5.1.2. Esquema antirretroviral utilizado en pacientes con VIH diagnosticados en el periodo 2017-2018 atendidos en el Hospital José Carrasco Arteaga.

Tabla 9: Tratamiento Antirretroviral utilizado en pacientes con VIH que acuden al HEJCA

ESQUEMA		Frecuencia	Porcentaje
Válido	TDF+FTC+EFV	94	86,2
	AZT+3TC+LPV/RTV	2	1,8
	LPV/RTV+TDF+FTC	1	0,9
	3TC+ABC+RLV	2	1,8
	TDF+FTC+DRV	1	0,9
	TDF+FTC+RLV	9	8,3
	Total	109	100,0

Realizado por: Mónica Cedillo

Fuente: Base de Datos

AZT: Zidovudina, 3TC: Lamivudina, dd1: Didanosina, ABC: Abacavir, TDF: Tenofovir, FTC: Emtricitabina, EFV: Efavirenz, NVP: Neviparina, ETV: Etravirina, LPV/RTV: Lopinavir+Ritonavir, SQV: Saquinavir, ATZ: Atazanavir, DRV: Darunavir, RLV: Raltegravir.

ANÁLISIS: La combinación de TDF+FTC+EFV (Tenofovir + Emtricitabina + Efavirenz) con un 86,2% fue el TARV más utilizado para estos pacientes, seguido de TDF+FTC+RLV (Tenofovir + Emtricitabina + Raltegravir) con el 8,3%, AZT+3TC+LPV/RTV (Zidovudina + Lamivudina + Lopinavir/Ritonavir) y 3TC+ABC+RLV (Lamivudina + Abacavir + Raltegravir) con el 1,8% cada uno y por ultimo LPV/RTV+TDF+FTC (Lopinavir/Ritonavir + Tenofovir + Emtricitabina), TDF+FTC+DRV (Tenofovir + Emtricitabina + Darunavir) con el 0,9% cada una.

5.1.3 Abandono del tratamiento antirretroviral pacientes con VIH diagnosticados en el periodo 2017-2018 atendidos en el Hospital José Carrasco Arteaga.

Tabla 10: Prevalencia y Tiempo de Abandono del TARV en Pacientes que acuden al HEJCA

ABANDONO			
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	6 MESES	2	1,8
	7 MESES	1	0,9
	3 AÑOS	1	0,9
	SIN ABANDONO	105	96,3
	Total	109	100,0

Realizado por: Mónica Cedillo

Fuente: Base de Datos

ANÁLISIS: La prevalencia de abandono del TARV es del 3,66% (n=4), el tiempo más largo que un paciente estuvo sin tratamiento fue de 3 años, y el periodo más corto reportado fue de 6 meses, en la tabla 10 se observa que 2 pacientes abandonaron el tratamiento 6 meses, 1 paciente lo abandono 7 meses y 1 paciente lo abandono 3 años.

Tabla 11: Comorbilidades de los pacientes con VIH que acuden al HEJCA

COMORBILIDADES		
		Frecuencia
Válido	TB PULMONAR	4
	SIFILIS	4
	CRIPTOCOCOSIS	2
	CRIPTOSPORIDIUM	2
	TOXOPLASMOSIS CEREBRAL+ANEMIA	1
	CRIPTOCOCOSIS/MENINGITIS	1
	EPILEPSIA	1
	TOXOPLASMOSIS/LINFOMA CEREBRAL	1
	ENFERMEDAD RENAL CRONICA	1
	LINFOMA NO HODKIND	1

	SARCOMA DE KAPOSI/TB MENINGEA	1
	MALARIA FALCIPARUM	1
	HISTOPLASMOSIS / CITOMEGALOVIRUS	1
	TB EXTRAPULMONAR / CRITOCOCOSIS	1
	TOXOPLASMOSIS CEREBRAL	1
	TOTAL	23

Realizado por: Mónica Cedillo

Fuente: Base de Datos

ANÁLISIS: De la población estudiada solo 21% tenían comorbilidades, de estos los más frecuentes fueron la tuberculosis pulmonar y la sífilis con 4 pacientes cada una, el resto de las enfermedades se presentaron en menor proporción entre 1 y 2 pacientes cada una.

5.1.4 Relación entre las condiciones sociales (sexo, orientación, estado civil, residencia, escolaridad, ocupación) con el esquema de tratamiento utilizado en pacientes con VIH diagnosticados en el periodo 2017-2018 atendidos en el Hospital José Carrasco Arteaga.

Tabla 12: Relación entre el Sexo y el Esquema de Tratamiento Utilizado en los pacientes con VIH del HEJCA

		ESQUEMA DE TRATAMIENTO						Total
		TDF+FTC+EFV	AZT+3TC+LPV/RTV	LPV/RTV+TDF+FTC	3TC+ABC+RLV	TDF+FTC+DRV	TDF+FTC+RLV	
SEXO	HOMBRE	87	1	1	2	0	8	99
	MUJER	7	1	0	0	1	1	10
TOTAL		94	2	1	2	1	9	109

AZT: Zidovudina, 3TC: Lamivudina, dd1: Didanosina, ABC: Abacavir, TDF: Tenofovir, FTC: Emtricitabina, EFV: Efavirenz, NVP: Neviraparina, ETV: Etravirina,

LPV/RTV: Lopinavir+Ritonavir, SQV: Saquinavir, ATZ: Atazanavir, DRV: Darunavir, RLV: Raltegravir.

Realizado por: Mónica Cedillo

Fuente: Base de Datos

Análisis: El tratamiento más utilizado es el de TDF+FTC+EFV, el cual se usó en 87 hombres y 7 mujeres, seguido del TDF+FTC+RLV que se usó en 8 hombres y una mujer, luego AZT+3TC+LPV/RTV que se usó en 1 hombre y 1 mujer, de ahí el 3TC+ABC+RLV que se usó en 2 mujeres, luego LPV/RTV+TDF+FTC que se usó en un hombre y TDF+FTC+DRV que se usó en una mujer.

Se aplicó la prueba de chi cuadrado donde nos señala que el sexo tiene una relación estadísticamente significativa con relación al esquema de tratamiento utilizado con un valor $p < 0.05$.

Tabla 13: Relación entre la Orientación y el Esquema de Tratamiento Utilizado en los pacientes con VIH del HEJCA

		ESQUEMA DE TRATAMIENTO						Total
		TDF+FTC+EFV	AZT+3TC+LPV/RTV	LPV/RTV+TDF+FTC	3TC+ABC+RLV	TDF+FTC+DRV	TDF+FTC+RLV	
ORIENTACION	NO HAY INFORMACION	14	0	0	0	0	3	17
	HETEROSEXUAL	36	1	1	1	1	4	44
	HOMOSEXUAL	32	0	0	1	0	2	35
	BISEXUAL	12	1	0	0	0	0	13
Total		94	2	1	2	1	9	109

AZT: Zidovudina, 3TC: Lamivudina, dd1: Didanosina, ABC: Abacavir, TDF: Tenofovir, FTC: Emtricitabina, EFV: Efavirenz, NVP: Neviparina, ETV: Etravirina, LPV/RTV: Lopinavir+Ritonavir, SQV: Saquinavir, ATZ: Atazanavir, DRV: Darunavir, RLV: Raltegravir.

Realizado por: Mónica Cedillo

Fuente: Base de Datos

Análisis: Como ya se mencionó previamente el tratamiento más utilizado es el de TDF+FTC+EFV, utilizado por 94 pacientes, de estos, 14 no proporcionaron información de su orientación sexual, de los restantes 36 eran heterosexuales, 32 homosexuales y 12 bisexuales.

Seguido del tratamiento con TDF+FTC+RLV con 9 pacientes, de estos 3 no proporcionaron información, 4 eran heterosexuales, 2 homosexuales, y 0 bisexuales. La distribución de los tratamientos menos utilizados se observa en la tabla 12. Se aplicó la prueba de chi cuadrado donde nos señala que la orientación no tiene una relación estadísticamente significativa con relación al esquema de tratamiento utilizado con un valor $p > 0.05$.

Tabla 14: Relación Estado Civil con el Esquema de Tratamiento utilizado en pacientes con VIH del HEJCA

		ESQUEMA DE TRATAMIENTO						Total
		TDF+FTC+EFV	AZT+3TC+LPV/RTV	LPV/RTV+TDF+FTC	3TC+ABC+RLV	TDF+FTC+DRV	TDF+FTC+RLV	
ESTADO	SOLTERO	64	0	1	2	1	7	75
	CASADO	18	1	0	0	0	2	21
	DIVORCIADO	3	1	0	0	0	0	4
	UNION LIBRE	4	0	0	0	0	0	4
	NO HAY INFORMACION	2	0	0	0	0	0	2
	SEPARADO	1	0	0	0	0	0	1
	UNION DE HECHO	1	0	0	0	0	0	1
	VIUDO	1	0	0	0	0	0	1
Total		94	2	1	2	1	9	109

AZT: Zidovudina, 3TC: Lamivudina, dd1: Didanosina, ABC: Abacavir, TDF: Tenofovir, FTC: Emtricitabina, EFV: Efavirenz, NVP: Neviparina, ETV: Etravirina, LPV/RTV: Lopinavir+Ritonavir, SQV: Saquinavir, ATZ: Atazanavir, DRV: Darunavir, RLV: Raltegravir

Realizado por: Monica Cedillo

Fuente: Base de Datos

Análisis: Los pacientes con tratamiento con TDF+FTC+EFV, se distribuyeron de la siguiente manera: 2 no proporcionaron información, 64 eran solteros, 18 casados, 3 divorciados, 4 en unión libre, 1 separado, 1 unión de hecho y 1 viudo. Seguido del tratamiento con TDF+FTC+RLV con 9 pacientes, de estos 7 son solteros, y 2 casados. Los pacientes con tratamiento de AZT+3TC+LPV/RTV, 1 estaba casado, y un divorciado. Los que mantenían tratamiento con 3TC+ABC+RLV, (n=2) eran solteros. Y los 2 últimos pacientes todos solteros, 1 con tratamiento de LPV/RTV+TDF+FTC y el otro con tratamiento de TDF+FTC+DRV.

Se aplicó la prueba de chi cuadrado donde nos señala que el estado civil no tiene una relación estadísticamente significativa con relación al esquema de tratamiento utilizado con un valor $p > 0.05$.

Tabla 15: Relación entre la región de Residencia y el Esquema de Tratamiento de los pacientes con VIH del HEJCA

		ESQUEMA DE TRATAMIENTO					Total	
		TDF+FTC+EFV	AZT+3TC+LPV/RTV	LPV/RTV+TDF+FTC	3TC+ABC+RLV	TDF+FTC+DRV		TDF+FTC+RLV
REGION	COSTA	33	1	1	0	1	1	37
	SIERRA	51	1	0	2	0	7	61
	ORIENTE	10	0	0	0	0	1	11
Total		94	2	1	2	1	9	109

AZT: Zidovudina, 3TC: Lamivudina, dd1: Didanosina, ABC: Abacavir, TDF: Tenofovir, FTC: Emtricitabina, EFV: Efavirenz, NVP: Neviraparina, ETV: Etravirina, LPV/RTV: Lopinavir+Ritonavir, SQV: Saquinavir, ATZ: Atazanavir, DRV: Darunavir, RLV: Raltegravir

Realizado por: Mónica Cedillo

Fuente: Base de Datos

Análisis: Los pacientes con tratamiento de TDF+FTC+EFV, se obtuvo que 51 residían de la región Sierra, 33 de la Costa y 10 de la Amazonía u oriente. Seguido

del tratamiento con TDF+FTC+RLV con 9 pacientes, de estos 7 residían de la Sierra, 1 de la Costa y 1 del Oriente. Los pacientes con tratamiento de AZT+3TC+LPV/RTV, residían 1 en la sierra y 1 en la costa. Los que mantenían tratamiento con 3TC+ABC+RLV,(n=2) residían en su totalidad en la Sierra. Y los 2 últimos pacientes residían en la costa, 1 con tratamiento de LPV/RTV+TDF+FTC y el otro con tratamiento de TDF+FTC+DRV.

Se aplicó la prueba de chi cuadrado donde nos señala que la región de residencia no tiene una relación estadísticamente significativa con relación al esquema de tratamiento utilizado con un valor $p > 0.05$.

Tabla 16: Relación entre la ciudad de residencia y el Esquema de Tratamiento de los pacientes con VIH del HEJCA

		ESQUEMA DE TRATAMIENTO					Total	
		TDF+FTC+EFV	AZT+3TC+LPV/RTV	LPV/RTV+TDF+FTC	3TC+ABC+RLV	TDF+FTC+DRV		TDF+FTC+RLV
RESIDENCIA	CUENCA	41	1	0	0	0	4	46
	MACHALA	21	1	0	0	1	0	23
	MACAS	6	0	0	0	0	1	7
	LA TRONCAL	4	0	0	0	0	2	6
	LOJA	3	0	0	1	0	0	4
	CAÑAR	1	0	0	1	0	0	2
	ORELLANA	2	0	0	0	0	0	2
	PASAJE	2	0	0	0	0	0	2
	PUERTO BOLIVAR	2	0	0	0	0	0	2
	SANTA ROSA	2	0	0	0	0	0	2
	OTROS	10	0	1	0	0	2	13
Total		94	2	1	2	1	9	109

AZT: Zidovudina, 3TC: Lamivudina, ddI: Didanosina, ABC: Abacavir, TDF: Tenofovir, FTC: Emtricitabina, EFV: Efavirenz, NVP: Nevirapina, ETV: Etravirina, LPV/RTV: Lopinavir+Ritonavir, SQV: Saquinavir, ATZ: Atazanavir, DRV: Darunavir, RLV: Raltegravir

Realizado por: Mónica Cedillo

Fuente: Base de Datos

Análisis: Los pacientes con tratamiento con TDF+FTC+EFV, se distribuyeron en que 41 residían en la ciudad de Cuenca, 21 en Machala, 6 en Macas, 4 en la Troncal, 3 en Loja, 1 en Cañar, 2 en Orellana, 2 en Pasaje, 2 en Puerto Bolívar, 2 en Santa Rosa y otros 10 pacientes distribuidos en menor proporción en otras ciudades, exactamente en las ciudades de Ambato, Azogues, Gualaquiza, Huaquillas, Morona Santiago, Portovelo, Quevedo, Sígsig y Zaruma 1 paciente en cada ciudad de las referenciadas. En la tabla 16 se encuentran solo las 10 ciudades donde mayormente residían. Seguido del tratamiento con TDF+FTC+RLV con 9 pacientes, de estos 4 residían en Cuenca, 1 en Macas, 2 en la Troncal, y otras 2 en el resto de las ciudades no incluidas en la tabla. Los pacientes con tratamiento de AZT+3TC+LPV/RTV, residían 1 en Cuenca y 1 en Machala. Los que mantenían tratamiento con 3TC+ABC+RLV, 1 vivía en Loja y otro en Cañar. Y los 2 últimos, 1 con tratamiento de LPV/RTV+TDF+FTC que vivía en las ciudades incluidas en el ítem otros (Naranjal) y el otro con tratamiento de TDF+FTC+DRV, vivía en Machala.

Se aplicó la prueba de chi cuadrado donde nos señala que la ciudad de residencia tiene una relación estadísticamente significativa con relación al esquema de tratamiento utilizado con un valor $p < 0.05$.

Tabla 17: Relación entre la escolaridad y el esquema de tratamiento de los pacientes con VIH del HEJCA

		ESQUEMA DE TRATAMIENTO						Total
		TDF+FT C+EFV	AZT+3TC+L PV/RTV	LPV/RTV+T DF+FTC	3TC+AB C+RLV	TDF+FTC +DRV	TDF+FT C+RLV	
ESCOLARIDAD	PRIMARIA	6	0	1	0	1	0	8
	SECUNDARIA	6	1	0	1	0	1	9
	EDUCACION BASICA	5	0	0	0	0	1	6
	BACHILLERATO	7	0	0	0	0	2	9
	SUPERIOR	29	1	0	1	0	1	32
	CUARTO NIVEL	3	0	0	0	0	0	3
	NO HAY INFORMACION	38	0	0	0	0	4	42
Total	94	2	1	2	1	9	109	

AZT: Zidovudina, 3TC: Lamivudina, dd1: Didanosina, ABC: Abacavir, TDF: Tenofovir, FTC: Emtricitabina, EFV: Efavirenz, NVP: Neviparina, ETV: Etravirina, LPV/RTV: Lopinavir+Ritonavir, SQV: Saquinavir, ATZ: Atazanavir, DRV: Darunavir, RLV: Raltegravir

Realizado por: Mónica Cedillo

Fuente: Base de Datos

Análisis: De los pacientes con tratamiento con TDF+FTC+EFV, 38 no proporcionaron esta información, 29 tuvieron un título de Educación Superior, 7 eran Bachilleres, 6 estudiaron la secundaria, 6 culminaron la primaria y 3 tienen un título de 4 nivel. Seguido del tratamiento con TDF+FTC+RLV con 9 pacientes, de estos 4 no proporcionaron información, 1 tenía un título de 3 nivel, 2 culminaron el bachillerato, 1 culminó la educación básica, y 1 se encontraba estudiando la secundaria. Los pacientes con tratamiento de AZT+3TC+LPV/RTV, 1 estaba en secundaria y otro terminó la educación superior. Los que mantenían tratamiento con 3TC+ABC+RLV, se distribuyó igual que el anterior, 1 en secundaria y el otro culminó la educación superior. Y los 2 últimos, con tratamiento de LPV/RTV+TDF+FTC y el otro con tratamiento de TDF+FTC+DRV, culminaron solo la primaria

Se aplicó la prueba de chi cuadrado donde nos señala que la Escolaridad no tiene una relación estadísticamente significativa con relación al esquema de tratamiento utilizado con un valor $p > 0.05$.

Tabla 18: Relación de la ocupación con el Esquema de tratamiento utilizado en los pacientes con VIH del HEJCA.

		ESQUEMA DE TRATAMIENTO					Total	
		TDF+FTC+EFV	AZT+3TC+LPV/RTV	LPV/RTV+TDF+FTC	3TC+ABC+RLV	TDF+FTC+DRV		TDF+FTC+RLV
OCUPACION	NO HAY INFORMACION	13	0	0	0	0	2	15
	EMPLEADO PRIVADO	12	0	0	0	0	1	13

DOCENTE	12	0	0	1	0	0	13
ESTUDIANTE	5	0	0	0	0	1	6
MEDICO	4	0	0	0	0	1	5
ABOGADO	3	1	0	0	0	0	4
BANANERO	2	0	1	0	0	0	3
AGRICULTOR	3	0	0	0	0	0	3
MODISTA	2	0	0	1	0	0	3
EMPLEADO PUBLICO	3	0	0	0	0	0	3
GUARDIA	2	0	0	0	0	1	3
OTROS	33	1	0	0	1	3	38
TOTAL	94	2	1	2	1	9	109

AZT: Zidovudina, 3TC: Lamivudina, dd1: Didanosina, ABC: Abacavir, TDF: Tenofovir, FTC: Emtricitabina, EFV: Efavirenz, NVP: Neviparina, ETV: Etravirina, LPV/RTV: Lopinavir+Ritonavir, SQV: Saquinavir, ATZ: Atazanavir, DRV: Darunavir, RLV: Raltegravir

Realizado por: Mónica Cedillo

Fuente: Base de Datos

Análisis: Los pacientes con tratamiento de TDF+FTC+EFV, se distribuyeron de la siguiente manera: 13 no proporcionaron esta información, 12 laboraban como empleados privados, 12 como docentes, 5 eran estudiantes, 4 médicos, 3 abogados, 2 Bananeros, 3 agricultores, 2 modistas, 3 empleados públicos, 2 guardias, y 33 en otros, que comprendían; jubilados, contadores, construcción, mensajero y gerente, con 2 pacientes en cada ocupación, y personal de limpieza, perchadores, supervisor, chofer, personal de mantenimiento, cocinero, minero, biólogo, psicólogo, comerciante, cobrador, asesor comercial, químico farmacéutico, bodeguero, jornalero, inspector de obra, auditor, asistente, vendedor ambulante, latonero, licenciado en enfermería, auxiliar y camaronero con un paciente en cada ocupación de las mencionadas. Seguido del tratamiento con TDF+FTC+RLV con 9 pacientes, de estos 2 no proporcionaron información, 1 es empleado privado, 1 estudiante, 1 medico, 1 guardia, 3 en otros (1 desempleado, 1 baletsista y 1

empacador). Los pacientes con tratamiento de AZT+3TC+LPV/RTV, tenemos que 1 era abogado y el otro paciente secretari@. Los que mantenían tratamiento con 3TC+ABC+RLV, 1 es docente y el otro modista. El paciente con tratamiento de LPV/RTV+TDF+FTC era bananero y el paciente en tratamiento TDF+FTC+DRV, se encontraba en otros (1 gerente).

Se aplicó la prueba de chi cuadrado donde nos señala que la ocupación tiene una relación estadísticamente significativa con relación al esquema de tratamiento utilizado con un valor $p < 0.05$.

5.1.5 Relación entre las condiciones sociales (sexo, orientación, estado civil, residencia, escolaridad, ocupación) con el abandono del tratamiento en pacientes con VIH diagnosticados en el periodo 2017-2018 atendidos en el Hospital José Carrasco Arteaga.

Tabla 19: Relación del Sexo con el Abandono del Tratamiento del VIH de los Pacientes del HEJCA

		ABANDONO				Total
		6 MESES	7 MESES	3 AÑOS	SIN ABANDONO	
SEXO	HOMBRE	2	1	0	96	99
	MUJER	0	0	1	9	10
Total		2	1	1	105	109

Realizado por: Mónica Cedillo

Fuente: Base de Datos

Análisis: 2 pacientes abandonaron el tratamiento 6 meses de los cuales los dos son hombres. 1 paciente hombre abandono el tratamiento 7 meses y 1 paciente mujer abandono el tratamiento por 3 años desde el 2018 al 2020 donde retomo las consultas. Se aplicó la prueba de chi cuadrado donde nos señala el sexo tiene una relación estadísticamente significativa con relación al esquema de tratamiento utilizado con un valor $p < 0.05$.

Tabla 20: Relación Orientación Sexual con el Abandono del Tratamiento del VIH de los Pacientes del HEJCA

		ABANDONO				Total
		6 MESES	7 MESES	3 AÑOS	SIN ABANDONO	
ORIENTACION	NO HAY INFORMACION	0	0	0	17	17
	HETEROSEXUAL	1	0	1	42	44
	HOMOSEXUAL	1	1	0	33	35
	BISEXUAL	0	0	0	13	13
Total		2	1	1	105	109

Realizado por: Mónica Cedillo

Fuente: Base de Datos

Análisis: 2 pacientes abandonaron el tratamiento 6 meses de los cuales el uno es heterosexual y el otro homosexual. 1 paciente con orientación homosexual abandono el tratamiento 7 meses y 1 paciente con orientación heterosexual abandono el tratamiento por 3 años desde el 2018 al 2020 donde retomo las consultas. Se aplico la prueba de chi cuadrado donde nos señala que la orientación sexual no tiene una relación estadísticamente significativa con relación al esquema de tratamiento utilizado con un valor $p > 0.05$.

Tabla 21: Relación Estado Civil con el Abandono del Tratamiento del VIH de los Pacientes del HEJCA

		ABANDONO				Total
		6 MESES	7 MESES	3 AÑOS	SIN ABANDONO	
ESTADO	SOLTERO	2	1	1	71	75
	CASADO	0	0	0	21	21
	DIVORCIADO	0	0	0	4	4
	UNION LIBRE	0	0	0	4	4

	NO HAY INFORMACION	0	0	0	2	2
	SEPARADO	0	0	0	1	1
	UNION DE HECHO	0	0	0	1	1
	VIUDO	0	0	0	1	1
	Total	2	1	1	105	109

Realizado por: Mónica Cedillo

Fuente: Base de Datos

Análisis: Todos los pacientes que abandonaron el tratamiento eran solteros, 2 lo abandonaron 6 meses, 1 lo dejó 7 meses y 1 lo dejó 3 años. Se aplicó la prueba de chi cuadrado donde nos señala que el estado civil tiene una relación estadísticamente significativa con relación al esquema de tratamiento utilizado con un valor $p < 0.05$.

Tabla 22: Relación Región de Residencia con el Abandono del Tratamiento del VIH de los Pacientes del HEJCA

		ABANDONO				Total
		6 MESES	7 MESES	3 AÑOS	SIN ABANDONO	
REGION	COSTA	0	0	0	37	37
	SIERRA	2	1	1	57	61
	ORIENTE	0	0	0	11	11
Total		2	1	1	105	109

Realizado por: Mónica Cedillo

Fuente: Base de Datos

Análisis: Todos los pacientes que abandonaron el tratamiento procedían de la Sierra, 2 lo abandonaron 6 meses, 1 lo dejó 7 meses y 1 lo dejó 3 años. Se aplicó la prueba de chi cuadrado donde nos señala que la región de residencia no tiene una relación estadísticamente significativa con relación al esquema de tratamiento utilizado con un valor $p > 0.05$.

Tabla 23: Relación Ciudad de Residencia con el Abandono del Tratamiento del VIH de los Pacientes del HEJCA

		ABANDONO				Total
		6 MESES	7 MESES	3 AÑOS	SIN ABANDONO	
RESIDENCIA	CUENCA	2	0	0	44	46
	LOJA	0	1	0	3	4
	AZOGUES	0	0	1	0	1
	OTROS	0	0	0	58	58
TOTAL		2	1	1	105	109

Realizado por: Mónica Cedillo

Fuente: Base de Datos

Tabla 24: Relación Escolaridad con el Abandono del Tratamiento del VIH de los Pacientes del HEJCA

		ABANDONO				Total
		6 MESES	7 MESES	3 AÑOS	SIN ABANDONO	
ESCOLARIDAD	PRIMARIA	0	0	1	7	8
	SECUNDARIA	0	0	0	9	9
	EDUCACION BASICA	0	0	0	6	6
	BACHILLERATO	0	0	0	9	9
	SUPERIOR	2	0	0	30	32
	CUARTO NIVEL	0	0	0	3	3
	NO HAY INFORMACION	0	1	0	41	42
Total		2	1	1	105	109

Realizado por: Mónica Cedillo

Fuente: Base de Datos

Análisis: Los pacientes que abandonaron el tratamiento 6 meses tenían instrucción superior, el paciente que abandono 7 meses no proporcionó información y el paciente que abandono el tratamiento 3 años tenía un nivel escolaridad de primaria. Se aplicó la prueba de chi cuadrado donde nos señala que la escolaridad no tiene una relación estadísticamente significativa con relación al esquema de tratamiento utilizado con un valor $p > 0.05$.

Tabla 25: Relación Ocupación Laboral con el Abandono del Tratamiento del VIH de los Pacientes del HEJCA

		ABANDONO				Total
		6 MESES	7 MESES	3 AÑOS	SIN ABANDONO	
OCUPACION	BIOLOGO	1	0	0	0	1
	DOCENTE	1	0	0	12	13
	LIMPIEZA	0	0	1	0	1
	PERCHADOR	0	1	0	0	1
	OTROS	0	0	0	93	93
Total		2	1	1	105	109

Realizado por: Mónica Cedillo

Fuente: Base de Datos

Análisis: Los pacientes que abandonaron el tratamiento 6 meses tenían ocupación; 1 Biólogo y 1 Docente, el paciente que abandono 7 meses era perchador de supermercado y el paciente que abandono el tratamiento 3 años proporcionaba servicios de limpieza. Se aplico la prueba de chi cuadrado donde nos señala que ocupación laboral tiene una relación estadísticamente significativa con relación al esquema de tratamiento utilizado con un valor $p < 0.05$.

CAPITULO VI

DISCUSIÓN

En este estudio se describe las características sociodemográficas, esquema de tratamiento utilizado, determinantes sociales, y adherencia al tratamiento TARV en pacientes con VIH diagnosticados en el año 2017-2018, que se atienden en el Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga de la Ciudad de Cuenca en Ecuador. La población total fue de 117, se excluyeron 8 fichas por no cumplir con los requisitos para el estudio, lo que nos dejó con una población de 109 pacientes, donde se encontró que la mayor parte de la población, eran adultos jóvenes entre 20-59 años que corresponde al 91,8%, la edad media era de $35,08 \pm 12,01$, mínima de 14 y máxima de 75 años. El 90,8% (n=99) de la población fueron Hombres y el 9,2% (n=10) mujeres.

El estudio realizado por Vásquez(11) en Perú en el año 2019, determinó que el 60% de la población era de sexo masculino, el 55% tenía entre 18 a 35 años, el 60% tenía un grado de instrucción superior completa y el 60% un trabajo estable. Así mismo otro estudio realizado en Arequipa Perú por Sucasaca(12) en el año 2020 determinó que el 82% de pacientes fueron varones y 18% mujeres, con edades que en 70% de casos estuvieron entre los 20 y 39 años. Arrieta(13) en Colombia su estudio publicado en el 2021 evidenció que el 74,4% de la población estudiada eran del sexo masculino, el 71,1% tenía una edad entre 18 a 44 años. Molina(14) y su estudio realizado en el Hospital Enrique Garcés en Quito Ecuador que en su población de estudio el 80% eran de sexo masculino, que el 48.75% tenían entre 18-29 años, que el 41,25% tenían una orientación homosexual, el 60% disponían un trabajo estable. Degarege et.al.(15) en su estudio realizado en Miami recién publicado en junio 2022, mostro que la edad media era de $47,0 \pm 7,67$, el 64,7% eran hombre, el 6,4% eran blancos no hispanos, el 22% eran hispanos y el 67,7% eran negros no hispanos. Wanvoegbe et. al.(16) en su estudio realizado en Benín en África, con 266 pacientes, la edad media fue de $39,6 \pm 10,3$, con una mínima de 19 y una máxima de 69, con un predominio de pacientes en edad de 30-50 años con el 63,5%, con predominio del sexo femenino con un 76,3%.

Los estudios(11–14) realizados en una población similar a la de esta investigación, coincidieron en que la mayoría de la población con VIH eran de sexo masculino. Comparando entre estos 4 estudios con esta investigación coincidía que el de Sucasaca(12), Arrieta(13) y Molina(14), las 3 cuartas parte de la población eran de sexo masculino, mientras que el de Vasques la prevalencia entre sexos fue más homogénea 60/40, entre hombres y mujeres respectivamente, similar al estudio de Degarege et.al.(15). Mientras que el estudio realizado en Benín África(16) la proporción fue completamente opuesta siendo las $\frac{3}{4}$ de la población de sexo femenino. Todos los estudios comparados tuvieron edades similares entre su población siendo la mayoría entre 20-50 años.

En cuanto a la orientación sexual, el 47,8% (n=44) se considera Heterosexual, el 70,1% de la población es soltera, y el nivel de escolaridad el 47,8% tenían educación superior, 4,5% tenían título de cuarto nivel, lo que al agrupar más de la mitad de la población tenían un alto nivel de escolaridad. En el estudio de Cobas et. al.(17) realizado en Cuba determino que el 62,44% decían ser homosexuales, el 81,29% eran solteros y el 45,13% terminaron el colegio, mientras que solo el 12,36% tenían un título de 3er nivel.

El estudio de Vargas(18) realizado en Perú con 276 historias clínicas, determino que el 81,2% eran heterosexuales. Costa et. al.(19) en Brasil dice que el 61,78% tienen una orientación homosexual, no reporto el estado civil, en la escolaridad el 25,9%tenian una educación secundaria culminada. Grill et. al.(20) su estudio realizado en Washington USA, determino que el 66,4% eran heterosexuales, el 41,7% tenían educación superior y no reportaron el estado civil. Arrieta(13) el 73,1% cursó hasta secundaria, el 78% de los pacientes se encontraban solteros. Sucasaca(12) El 55% de pacientes en TARV fueron heterosexuales.

El nivel de instrucción de los pacientes fue primaria en 3%, secundaria en 52% y superior en 45%. Molina(14) dice que el 41,25% tenían una orientación homosexual, el 50% terminaron el bachillerato, no reportaron el estado civil.

Los estudios mostraron diferencias en cuanto a la orientación sexual, en este estudio la mayoría de la población era heterosexual, al igual que el estudio de Vargas(18) y Sucasaca(12), realizados en poblaciones similares, de igual manera que el estudio de Molina(14), pero en esta la mayoría de la población era homosexual al igual que el de Grill(20) en USA.

En cuanto al nivel de escolaridad todos los estudios reportaron que este se encontraba entre el bachillerato ya culminado y la educación superior.

La combinación de TDF+FTC+EFV con un 86,2% fue el TARV más utilizado para estos pacientes, de TDF+FTC+RLV con el 8,3%. Sucasaca(12) Predominó el esquema TDF/FTC/EFV en 61% de casos, y en menor proporción otros esquemas. En el estudio de Carvalho et. al.(21) el régimen mayor utilizado fue el de EFV+3TC+TDF en 1 pastilla. El estudio de Fernandez(22), el TARV más utilizado por el 87.5% de pacientes fueron: TDF+FTC+EFV, 10% recibieron: TDF + 3TC+ EFV y el 2.5% usó AZT/3TC + EFV.

Todos estos estudios fueron realizados en Latinoamérica, es decir en poblaciones similares a la nuestra, y como se evidencia; el tratamiento más utilizado es el de TDF+FTC+EFV, a excepción de Carvalho et. al.(21) en donde el más utilizado fue el de EFV+3TC+TDF.

La prevalencia de abandono del TARV es del 3,66% (n=4), el tiempo más largo que un paciente estuvo sin tratamiento fue de 3 años, y el periodo más corto reportado fue de 6 meses. Sucasaca(12) La adherencia al tratamiento con TARGA fue adecuada en 64% de casos, e inadecuada en 36%. Fernandez (23) en su estudio realizado en República Dominicana, encuentra una prevalencia de abandono del 35.1% en una muestra de 185 pacientes. Rodriguez (24) en un estudio con 200 pacientes, determino que el 56% abandono el tratamiento en algún momento. Velastegui et. al.(25) en su estudio realizado en la ciudad de Guayaquil, determino un abandono del 12% en una muestra bastante representativa de 979 participantes. Wanvoegbe et. al.(16) tuvo una prevalencia de abandono 30,1%.

Este estudio evidenció una prevalencia más baja en comparación de los otros autores analizados, incluso el artículo de Velastegui et. al.(25) realizado en este mismo país, pero en otra ciudad y con una población 9 veces mayor tenía una prevalencia 3 veces mayor a la determinada en esta población, también hay que aclarar que todas las poblaciones son diferentes, y recalcar que en esta población la muestra es limitada solo a quienes cuentan con una afiliación a la seguridad social, por ende todos tienen un empleo y sueldo fijo, a excepción de 1 que es trabajador independiente y otro con afiliación voluntaria que ya está desempleado.

La orientación sexual, la región de residencia y la escolaridad no evidenciaron una relación estadísticamente significativa con el TARV utilizado y tampoco con el abandono de este con un valor $p > 0.05$. Mientras que el sexo, la ciudad de residencia, la ocupación laboral si mostraron una relación altamente significativa con el TARV y su abandono con un valor $p < 0.05$. En cambio, el estado civil no mostro una relación estadísticamente significativa con el tipo de TARV recibido con valor $p > 0.05$, pero si esta estadísticamente relacionado con el abandono de este con un valor $p < 0.05$.

Wanvoegbe et. al.(16) con las determinantes como estadio clínico, alto nivel de educación, compartir el diagnostico con la familia y el cónyuge tienen un valor $p < 0.05$, es decir de alto significado estadístico.

Sánchez et. al.(26) determina en su estudio realizado solo en población femenina en España, que la edad, el nivel de estudios y el valor de los ingresos se encuentra estadísticamente relacionado con la falta de adherencia al TARV, y que la situación laboral no mostro efecto significativo.

Barrera et. al.(27) dice que las variables que tienen mayor probabilidad de asociarse a la no adherencia al tratamiento fueron el sexo (OR = 16,175; valor de $p = 0,023$) y las comorbilidades relacionadas al VIH/SIDA (OR = 9,556; valor de $p = 0,003$). La variable carga viral inicial (OR = 0,152; valor de $p = 0,030$) actúa como protectora, ya que existe una mayor probabilidad de adherirse al tratamiento.

Al comparar los 4 estudios, Wanvoegbe et. al.(16) también determino que el nivel educativo esta estadísticamente relacionado con el abandono, mientras que Sánchez et. al. (26) corroboró que la edad, los estudios y los ingresos están altamente relacionados y Barrera et. al.(27) dice que sexo esta estadísticamente relacionado con el abandono.

A pesar de ser muestras diferentes y poblaciones heterogéneas hay concordancia en las determinantes estudiadas.

CAPITULO VII

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1. CONCLUSIONES

- En relación con los objetivos planteados se pudo identificar los siguientes factores sociodemográficos ser hombres, de entre 30-39 años, la mayoría heterosexuales, solteros, con elevado nivel de escolaridad, mínimo título de 3er nivel, en los pacientes diagnosticados de VIH en el 2017-2018, del Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga.
- El TARV más utilizado fue la combinación de TDF+FTC+EFV con un 86,2%, en los pacientes diagnosticados de VIH en el 2017-2018, del Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga.
- La prevalencia de abandono del TARV es del 3,66%, en los pacientes diagnosticados de VIH en el 2017-2018, del Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga.
- El tiempo mínimo de abandono del TARV fue de 6 meses y el máximo de 3 años, en los pacientes diagnosticados de VIH en el 2017-2018, del Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga.
- La orientación sexual, la región de residencia y la escolaridad no evidenciaron una relación estadísticamente significativa con el TARV utilizado y tampoco con el abandono de este con un valor $p > 0.05$, en los pacientes diagnosticados de VIH en el 2017-2018, del Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga.
- El sexo, la ciudad de residencia, la ocupación laboral si mostraron una relación altamente significativa con el TARV y su abandono con un valor $p < 0.05$, en los pacientes diagnosticados de VIH en el 2017-2018, del Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga.

- El estado civil no mostro una relación estadísticamente significativa con el tipo de TARV recibido con valor $p > 0.05$, pero si esta estadísticamente relacionado con el abandono de este con un valor $p < 0.05$, en los pacientes diagnosticados de VIH en el 2017-2018, del Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga.

6.2. RECOMENDACIONES

- Documentar todos los datos indispensables en la historia clínica, para así no tener datos olvidados o no registrados.
- Realizar trabajo conjunto con los médicos clínicos y salud mental, no solo con infectología.
- Tener en cuenta la autopercepción del paciente y reforzarla con conocimiento y ventajas del TARV.
- Realizar más estudios sobre adherencia con una mayor muestra o universo.
- Siempre realizar educación y reforzar conocimiento sobre los beneficios de la adherencia.

CAPITULO VIII

REFERENCIAS BIBLIGRÁFICAS

1. VIH/sida [Internet]. [citado 28 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>
2. ONUSIDA. Hoja informativa. Estadísticas Mundiales del VIH [Internet]. [citado 28 de junio de 2022]. Disponible en: https://www.unaids.org/es/resources/documents/2021/UNAIDS_FactSheet
3. GüellDurán MAJ. LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN PERSONAS VIH/SIDA. UN ABORDAJE DESDE LA PERSPECTIVA DEL TRABAJO SOCIAL. :18.
4. Terapia Antirretroviral - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. [citado 28 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/terapia-antirretroviral>
5. Ortego Maté MC. Adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad. Un metaanálisis. Universidad de Cantabria; 2011.
6. Adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes VIH: todavía queda mucho por hacer [Internet]. ILAPHAR | Revista de la OFIL. 2018 [citado 28 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.ilaphar.org/adherencia-al-tratamiento-antirretroviral-en-pacientes-vih-todavia-queda-mucho-por-hacer/>
7. VIH – Ministerio de Salud Pública [Internet]. [citado 28 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/vih/>
8. Zhang XL, Chen MH, Geng ST, Yu J, Kuang YQ, Luo HY, et al. Effects of Probiotics on Diarrhea and CD4 Cell Count in People Living With HIV: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Front Pharmacol.* 19 de julio de 2021;12:570520.

9. PENM-VIH-2018-2022_MSP.pdf [Internet]. [citado 28 de junio de 2022]. Disponible en: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/05/PENM-VIH-2018-2022_MSP.pdf
10. Silva-Villanueva M, Alvarez-Risco A, Del-Aguila-Arcenales S, Sanchez-Parra G. Impacto de la Atención Farmacéutica en la adherencia de los pacientes con VIH en el Hospital San Pablo de Coquimbo, Chile. *Pharm Care Esp.* 14 de febrero de 2017;19(1):3-15.
11. Tolentino Vasquez WR. Determinantes biosocioeconómicos y la adherencia al tratamiento antirretroviral en personas con VIH/Sida atendidas en el hospital “La Caleta”_ Chimbote, 2020. Univ Católica Los Ángeles Chimbote [Internet]. 1 de febrero de 2022 [citado 28 de junio de 2022]; Disponible en: <http://repositorio.uladech.edu.pe/handle/20.500.13032/25262>
12. Sucasaca Cusi E. Relación entre la presencia de síntomas depresivos y la adherencia a la terapia antirretroviral de gran actividad en personas viviendo con VIH/SIDA tratados en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa, 2020. 13 de marzo de 2020 [citado 28 de junio de 2022]; Disponible en: <https://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/2860892>
13. Arrieta Martinez JA. Factores asociados a la no adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes VIH/SIDA atendidos en Helpharma Colombia, entre 2017 a 2020. 20 de julio de 2021 [citado 28 de junio de 2022]; Disponible en: <https://repository.ces.edu.co/handle/10946/5369>
14. Paz KM. Nivel de estigma, adherencia al tratamiento y resiliencia en pacientes con VIH del Hospital Enrique Garcés. *Rev Ecuat Psicol.* 29 de abril de 2022;5(11):28-42.
15. Degarege A, Krupp K, Tamargo J, Martinez SS, Campa A, Baum M. Polysubstance use and adherence to antiretroviral treatment in the Miami Adult Studies on HIV (MASH) cohort. *AIDS Care.* 4 de mayo de 2022;34(5):639-46.

16. Determinants of Adherence to Antiretroviral Treatment Among HIV-Infected Patients at the Departmental Teaching Hospital of Oueme-Plateau. *Curr Trends Intern Med* [Internet]. 6 de enero de 2022 [citado 28 de junio de 2022];6(1). Disponible en: <https://www.gavinpublishers.com/article/view/determinants-of-adherence-to-antiretroviral-treatment-among-hiv-infected-patients-at-the-departmental-teaching-hospital-of-oueme-plateau>
17. Cobas Planchez L, Mezquia de Pedro N, Navarro García YE, Rodríguez Mena T, Cobas Planchez L, Mezquia de Pedro N, et al. Caracterización de los pacientes con VIH/sida en Guanabacoa, La Habana. *Rev Cuba Med Gen Integral* [Internet]. marzo de 2022 [citado 28 de junio de 2022];38(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-21252022000100012&lng=es&nrm=iso&tlng=es
18. Vargas Galindo DD. Factores de riesgo asociados a la mala adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) en pacientes VIH positivo del Hospital Sergio Bernales en el periodo 2019 – 2021. *Univ Ricardo Palma* [Internet]. 2022 [citado 28 de junio de 2022]; Disponible en: <http://repositorio.urp.edu.pe/handle/URP/5127>
19. Costa V de O, Bresser M, Costa BMA da, Machado NM, Moura M de A. Epidemiological data on HIV-infected patients and the importance of education regarding the infection rate. An analytical cross-sectional study. *Sao Paulo Med J*. 7 de febrero de 2022;140:278-83.
20. Grill KB, Wang J, Scott RK, Benator D, D'Angelo LJ, Lyon ME. What Do Adults With HIV Want? End-of-Life Care Goals, Values and Beliefs by Gender, Race, Sexual Orientation. *Am J Hosp Palliat Med*. 1 de junio de 2021;38(6):610-7.
21. Barroso SM, Filho DC, Rossato L, de Oliveira Penaforte FR. Perfil y adhesión a la terapia antirretroviral de personas que viven con el VIH/SIDA Perfil e adesão à terapia antirretroviral de pessoas vivendo com HIV/AIDS Profile and adherence to antiretroviral therapy of people living with HIV/AIDS Patrícia Paiva Carvalho1.

22. Fernández Cieza Y. Efecto de la terapia antirretroviral sobre el deterioro cognitivo en pacientes con VIH. Univ Priv Antenor Orrego [Internet]. 2021 [citado 28 de junio de 2022]; Disponible en: <https://repositorio.upao.edu.pe/handle/20.500.12759/7704>
23. Fernández Feliz N. Incidencia de abandono del tratamiento en pacientes con VIH de la unidad de VIH del centro de salud de la Yolanda Guzmán 2016 - 2017 [Internet] [Thesis]. Santo Domingo: Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña; 2019 [citado 29 de junio de 2022]. Disponible en: <https://repositorio.unphu.edu.do/handle/123456789/2289>
24. Rodríguez Moreno LA. Estilos de vida y orientación sexual en la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes que viven con VIH de un hospital público de Trujillo. Repos Inst - UCV [Internet]. 2021 [citado 29 de junio de 2022]; Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/87433>
25. Velastegui Mendoza MAV, Cedeño NV, Bonifaz MAT, Álvarez AMA. Parámetros inmunológicos y su asociación con el grado de adherencia al tratamiento antirretroviral en personas viviendo con VIH/SIDA con infecciones oportunistas de etiología viral y parasitaria. Polo Conoc Rev Científico - Prof. 2021;6(6):1371-89.
26. Peña SS, Bravo M del MP, Tomás MÁC, Almansa-Martínez P, Guillen CP, Jiménez-Ruiz I. Factores relacionados con la adherencia al tratamiento antirretroviral en mujeres con VIH: Un estudio mixto con diseño secuencial. Enferm Glob. 1 de abril de 2021;20(2):1-34.
27. Barrera-Espinoza RW, Gómez-Gonzales WE, Girón-Vargas A, Arana-Escobar M, Nieva-Villegas LM, Gamarra-Bustillos C, et al. Factores asociados a la no adherencia al tratamiento antirretroviral en personas con VIH/SIDA. Horiz Méd Lima [Internet]. octubre de 2021 [citado 29 de junio de 2022];21(4). Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1727-558X2021000400008&lng=es&nrm=iso&tlng=es

CAPITULO VIII

ANEXOS

Anexo 1. Operacionalización de las variables (variable, definición, dimensión, indicador, escala)

Operacionalización de variables				
Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Escala
Edad	tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha actual	años	Edad en años cumplidos registrada en la historia	Edad
Ocupación	oficio o tipo de trabajo en el cual se desempeñan	Tipo de empleo	Tipo de empleo	desempleado empleado ama de casa trabajador independiente sin dato
escolaridad	Nivel académico alcanzado	nivel de instrucción	nivel de instrucción culminado	Ninguna primaria secundaria educación básica educación media-bachillerato superior postgrado
Sexo	conjunto de características biológicas, físicas, fisiológicas y anatómicas que definen a los seres humanos como hombre y mujer		Definición de la persona registrada en la ficha de la Unidad de Epidemiología	Hombre mujer
orientación sexual	relacionada con las personas que nos atraen y con las que deseamos tener una relación de pareja	Percepción de la persona	Orientación sexual	homosexual, heterosexual, bisexual.
Residencia	lugar de donde reside alguna persona	Provincia	provincia de residencia	Nombre de la provincia
estado civil	situación de las personas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco	Estado civil	Estado civil	soltero, casado, unión libre, unión de hecho, divorciado

esquema de tratamiento antirretroviral	consiste en la combinación de al menos 3 medicamentos antirretrovirales	Esquemas recibidos	Tratamiento	Esquema recibido
fecha de inicio de tratamiento	Fecha cuando inicia a recibir tratamiento antirretroviral	Año, mes	Inicio de tratamiento	Año, mes
Fecha de la última atención	Ultimo día que acudió al control médico	Año, mes	Última fecha de atención	Año, mes
Abandono temporal del tratamiento	Tiempo en meses transcurrido desde que dejo de acudir a las citas médicas hasta que retoma el tratamiento	Años/meses	Tiempo de abandono del tratamiento	Año, meses
Comorbilidades Directas	Enfermedades que coexisten junto a la patología de consulta.	Diagnósticos preexistentes	Otros diagnósticos	Tuberculosis otras enfermedades infecciosas Hepatitis B

Anexo 2. Ficha de Registro de la Información

Ficha de registro de información															
N° de codificación	Edad	Tipo de empleo		nivel de instrucción culminado	Sexo		Orientación sexual		provincia de residencia	Estado civil	Tratamiento	Inicio de tratamiento	Última fecha de atención	Tiempo de abandono del tratamiento	Otros diagnósticos
		desempleado		Ninguna	hombre		homosexual		soltero						
		empleado		primaria	mujer		heterosexual		casado						
		ama de casa		secundaria			bisexual		unión libre						
		trabajador		educación básica					unión de hecho						
		independiente		educación media					divorcio						
		sin dato		bachillerato											
				superior											
				postgrad											