



**UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA**

*La Universidad Católica de Loja*

**MAESTRÍA EN GERENCIA INTEGRAL DE SALUD PARA EL DESARROLLO LOCAL**

**“Plan de promoción de la adherencia al tratamiento del paciente con VIH/Sida que acude a la consulta externa del hospital “Dr. Verdi Cevallos Balda” de Portoviejo. 2012”.**

**Tesis de grado**

**AUTOR:**

Almeida Cruz, Carlos Aníbal

**DIRECTORA:**

Viteri de Delgado, Rita Marcela. Mg.

**CENTRO UNIVERSITARIO: PORTOVIEJO**

**2013**

## Certificación

Licenciada.

Rita Marcela Viteri de Delgado

DIRECTORA DE TESIS DE GRADO

C E R T I F I C A:

Que el presente trabajo, denominado: “Plan de promoción de la adherencia al tratamiento del paciente con VIH/Sida que acude a la consulta externa del hospital “Dr. Verdi Cevallos Balda” de Portoviejo. 2012”, realizado por el profesional en formación: Almeida Cruz, Carlos Aníbal; cumple con los requisitos establecidos en las normas generales para la Graduación en la Universidad Técnica Particular de Loja, tanto en el aspecto de forma como de contenido, por lo cual me permito autorizar su presentación para los fines pertinentes.

Portoviejo, Noviembre de 2012

f).....

## Cesión de derechos

“Yo Almeida Cruz, Carlos Aníbal, declaro ser autor (a) de la presente tesis y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales.

Adicionalmente declaro conocer y aceptar la disposición del Art. 67 del Estatuto Orgánico de la Universidad Técnica Particular de Loja que en, su parte pertinente textualmente dice: “Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado que se realicen a través, o con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad”

f. ....

Dr. Carlos Aníbal Almeida Cruz

C.I. No. 130237673-4

## **DEDICATORIA**

“Los ideales son frutos de nuestros sueños y los sacrificios realizados recompensados con el éxito”.

A Dios, por ser él quien inspira mi vida.

A mi padre Carlos, quien en vida se sacrificó y me brindo todo su apoyo para ser la persona que soy ahora.

A mí querida madre, quien sin escatimar esfuerzo alguno, ha sacrificado gran parte de su vida para formarme y educarme, y sobre todo me ha heredado el tesoro más valioso que puede dársele a un hijo: AMOR.

A mis hijos, quienes han sido parte de la fortaleza para cumplir esta meta.

**Dr. Carlos Almeida Cruz**

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios por haberme guiado por el camino de la felicidad; a cada uno de los que son parte de mi familia a mi PADRE, en especial a mi MADRE con mucho amor y cariño y a mis HIJOS, por haberme dado siempre su fuerza y apoyo incondicional, que me han ayudado y llevado hasta donde estoy ahora.

Quiero dejar constancia mi gratitud a la Universidad Técnica Particular de Loja, que me dio la oportunidad para superarme en lo intelectual y profesional, de igual manera a los docentes que fueron guía durante todo este proceso de aprendizaje de esta nueva etapa de carrera estudiantil.

Un especial agradecimiento a los Directivos del Hospital “Dr. Verdi Cevallos Balda” de Portoviejo, por permitirme ejecutar este proyecto de acción.

A mi Directora de Tesis, Lcda. Marcela Viteri, Mg.Sc, por contribuir con sus conocimientos en esta investigación

**El autor**

# CERTIFICACIÓN INSTITUCIONAL



**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR**  
**HOSPITAL "DR. VERDI CEVALLOS BALDA"**  
**PORTOVIEJO-MANABI**

## CERTIFICACION

*Dr. Gene Alarcón Arteaga, Gerente del Hospital "Dr. Verdi Cevallos Balda" de Portoviejo, a petición de parte interesada, tiene a bien*

### CERTIFICAR

*Que el, Dr. Carlos Almeida Cruz, Médico de esta casa de salud, y Egresado de la Maestría en Gerencia de Salud para el Desarrollo Local de la Universidad Técnica Particular de Loja, previa autorización desarrolló con éxito en esta institución su proyecto de acción titulado:*

**"PLAN DE PROMOCIÓN DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON VIH/SIDA QUE ACUDE A LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL "DR. VERDI CEVALLOS BALDA" DE PORTOVIEJO. 2012".**

*Proyecto que tuvo como objetivos:*

- *Desarrollar un plan de sensibilización al paciente con VIH/Sida, sobre adherencia al tratamiento.*
- *Capacitar al equipo de salud de Consulta Externa sobre manejo del paciente con VIH/SIDA.*
- *Fortalecer la coordinación interdepartamental entre servicios involucrados.*

*Lo que certifico en honor a la verdad.*

Portoviejo, Noviembre del 2012.



**Dr. Gene Alarcón Arteaga**

**GERENTE DEL HOSPITAL "DR. VERDI CEVALLOS BALDA"**

## ÍNDICE

<b>PRELIMINARES</b>	<b>PÀGS.</b>
Carátula.....	I
Certificación.....	II
Autoría.....	III
Cesión de derecho.....	IV
Dedicatoria.....	V
Agradecimiento.....	VI
Certificación institucional.....	VII
Índice.....	VIII
Resumen.....	X
Abstract.....	XI
<b>CUERPO DE LA TESIS</b>	
Introducción.....	1
Problematización.....	3
Justificación.....	5
Objetivos.....	6
<b>Capítulo I</b>	
1. Marco teórico	7
1.1. Marco institucional.....	7
1.1.1. Aspectos geográficos.....	7
1.1.2. Dinámica poblacional.....	8
1.1.3. Misión de la institución.....	9
1.1.4. Visión de la institución.....	9
1.1.5. Características de la organización administrativa.....	10
1.1.6. Servicios que presta la institución.....	11
1.1.7. Datos estadísticos de cobertura.....	11
1.1.8. Características geofísicas de la institución.....	13
1.1.9. Servicio de Consulta Externa.....	13
1.1.10. Políticas de la institución.....	14
1.2. Marco conceptual.....	15
<b>Capítulo II</b>	
2. Diseño metodológico	40
2.1. Análisis de involucrados.....	40

2.2. Árbol de problemas.....	43
2.3. Árbol de objetivos.....	43
2.4. Matriz del marco lógico.....	44
<b>Capítulo III</b>	
3. Resultados, conclusiones y recomendaciones	
3.1. Resultados.....	51
Evaluación de los indicadores con los resultados.....	70
Evaluación del propósito.....	74
Evaluación del fin.....	78
3.2. Conclusiones y recomendaciones.....	79
3.3. Bibliografía.....	79
3.4. Apéndices.....	

## RESUMEN

En Portoviejo, Manabí-Ecuador, se desarrolló un proyecto titulado “Plan de promoción de la adherencia al tratamiento del paciente con VIH/Sida que acude a la consulta externa del hospital “Dr. Verdi Cevallos Balda”, bajo el enfoque del marco lógico, cuyo FIN fue mejorar su calidad de vida; su PROPÓSITO que tengan adherencia al tratamiento recomendado; y los RESULTADOS estuvieron orientados a desarrollar el plan de promoción de la adherencia al tratamiento, mediante el diseño y aplicación del plan; actualización al equipo de salud en el manejo de estos pacientes; y, la coordinación entre Consulta Externa con los Dptos. Infectología y VIH/Sida.

Las actividades se enfocaron en el diseño y aplicación del plan de sensibilización a pacientes con VIH/Sida; actualización al personal de salud sobre manejo de éstos; y, a la coordinación de acciones entre consulta externa y los Dptos. Infectología y VIH/Sida, las que se cumplieron en un 100%, gracias a la colaboración y responsabilidad del personal de salud y especialmente por la gestión realizada ante las autoridades del hospital por el maestrante, mismos que se involucraron y se empoderaron del proyecto.

## **ABSTRACT**

In Portoviejo, Manabí-equator, a qualified project developed "Plan of promotion of the adherence to the treatment of the patient with HIV/AIDS that comes to the external consultation of the hospital "Dr. Verdi Cevallos Balda", under the approach of the logical frame, which END was to improve his quality of life; his INTENTION that they have adherence to the recommended treatment; and the RESULTS were orientated to develop the plan of promotion of the adherence to the treatment, by means of the design and application of the plan; update to the equipment of health in the managing of these patients; and, the coordination between External Consultation with the Dptos. Infectología and HIV/AIDS.

The activities focused in the design and application of the plan of awareness on patients with HIV/AIDS; update to the personnel of health on managing of these; and, to the coordination of actions between external consultation and the Dptos. Infectología and HIV/AIDS, which fulfilled in 100%, thanks to the collaboration and responsibility of the personnel of health and especially for the management realized before the authorities of the hospital by the member of a fraternity of mounted knights, same that interfered and empoderaron of the project.

# 1. INTRODUCCIÓN

La salud es un proceso social de constante tensión y conflicto en la búsqueda permanente de mejores condiciones para el desarrollo de la calidad de vida y bienestar del hombre, en este contexto la epidemia del VIH/SIDA por más de dos décadas ha tenido y tendrá un alto costo social e inmutable para la salud pública, dejando valiosas lecciones de dolor y muerte.

En el Ecuador, la población que vive con VIH-SIDA en el Ecuador es de 15 mil 865, según las cifras del Sistema de Notificación de Casos del Ministerio de Salud Pública. Sin embargo, la proyección real acorde con las estadísticas del Programa Conjunto de las Naciones Unidas para esta enfermedad estima que ascendería a 40 mil. A finales del 2010, los caso registrados son de 78.000, y a esto súmele la probabilidad de que por cada persona 4 tienen el virus y no se han hecho el examen para saberlo. Es decir estaríamos hablando de unas 300.000 personas. Este subregistro estadístico se explica debido a que el virus puede tardar años en presentar síntomas de alerta que motiven a practicarse una prueba. Por lo cual demuestra que muchos de los planes de prevención no han dado resultado.

De acuerdo a datos proporcionados por la Fundación SOGA, única institución en Manabí que hace seguimiento a personas con esta epidemia, en esta provincia hasta la fecha (11/07/2012) en cifras oficiales, hay 1758 casos, un registro alarmante ya que el 50% de los infectados son de Portoviejo, o sea un promedio de 4 casos diarios se confirman en Manabí, aunque no hay estadísticas oficiales actualizadas desde el 2009.

En Portoviejo, de acuerdo a datos proporcionados por el Dpto. Estadístico del Hospital "Dr. Verdi Cevallos Balda" de Portoviejo, en el periodo 2008 -2012 se han presentado 569 exámenes confirmatorios del VIH, y, hasta julio/2012, 123 exámenes de esta misma índole. Los pacientes acumulados al 2012 en TAR (tratamiento antirretrovirales), fueron 383, de los cuales 139 fueron femeninos; y, 244 masculinos. Los usuarios en seguimiento, al 2012 fueron 293, de los cuales 183 fueron masculinos y 110 femeninos.

Ante esta situación surge la propuesta plan de promoción de la adherencia al tratamiento del paciente con VIH/Sida, con el objetivo de lograr que el paciente con VIH atendido en el área de Consulta Externa Especializada del Hospital “Dr. Verdi Cevallos Balda” de Portoviejo, tengan adherencia al tratamiento recomendado, mediante la elaboración de un plan de sensibilización; actualización al equipo de salud y fortaleciendo la coordinación interinstitucional, para mejorar su calidad de vida.

El proyecto se desarrolló en función de 3 objetivos específicos: el primero fue el diseño y aplicación de un plan de sensibilización al usuario con VIH/Sida, sobre adherencia al tratamiento para que el paciente reciba atención integral, para lo cual se solicitó reuniones con el Director Médico del Hospital para pedir autorización para ejecutar el proyecto; además, se caracterizó al grupo de pacientes a sensibilizar; se elaboró plan de sensibilización de adherencia al tratamiento para finalmente sensibilizar a los usuarios.

El segundo objetivo del proyecto fue capacitar al equipo de salud de Consulta Externa sobre manejo del paciente con VIH/SIDA y así mantener un control de las cargas virales y de los CD4, actividad para la cual se elaboró un programa de capacitación sobre manejo del paciente con esta enfermedad; se organizó el evento capacitatorio y, se ejecutó y evaluó el plan de capacitación.

El tercer objetivo del proyecto fue fortalecer la coordinación interdepartamental entre servicios involucrados para asegurar la continuidad del tratamiento, para lo cual se efectuó una reunión con líderes de Consulta Externa, Dpto. Infectología y Dpto. VIH/Sida, para coordinar acciones; se organizó y ejecutó ciclos de conferencias para el equipo de salud de estas áreas sobre habilidades comunicativas; también se brindó atención programada; y, se diseñó material informativo, con el fin de informar sobre la adherencia al tratamiento.

Al finalizar este proyecto de acción se ha conseguido los resultados propuestos, promoviendo la organización, comunicación y conocimientos a favor de los pacientes con VIH/Sida y equipo de salud que labora en éstas áreas hospitalarias, toda vez que cuando el usuario elige un servicio en la actualidad y lo encuentra satisfactorio, volverá a elegirlo tantas veces como lo precise en el transcurso de su vida.

## 2. PROBLEMATIZACIÓN

El VIH es el virus de inmunodeficiencia humana, ataca el sistema inmunológico duplicándose y deteriorando el cuerpo humano con el paso del tiempo, abriendo así camino para infecciones oportunistas (IO) como la tuberculosis (TBC) y la neumonía.

Los individuos con VIH pueden permanecer saludables por unos pocos años a más de 10 años antes de desarrollar el SIDA. Estar infectado con el VIH no significa necesariamente que un individuo tiene SIDA, ya que algunas personas pueden ser portadoras y transmisoras del virus del VIH sin haber desarrollado el SIDA en toda la extensión de la palabra.

En el Ecuador, la epidemia se encuentra en fase concentrada con tendencia al crecimiento, observándose valores de seroprevalencia superiores al 5% en ciertos grupos vulnerables (HSH) e inferiores al 1% en gestantes, la forma de transmisión sexual es la predominante con 96.9% de los casos reportados, lo que se relaciona estrechamente con la baja prevalencia de uso de condón que apenas alcanza al 1.5% de las mujeres en edad fértil y el incremento de las infecciones de transmisión sexual (ITS). El 2.6% de casos fueron producto de la transmisión madre-hijo y apenas el 0.2% por uso de drogas intravenosas. No se reportan casos de VIH/SIDA a causa de transfusiones sanguíneas. (MSP, 2009)

De acuerdo al Ministerio de Salud Pública, en el Programa Nacional del SIDA, la incidencia de VIH en la Provincia de Manabí desde el año 1988 hasta el año 2011 corresponde al 0.11% de su población, teniendo un número de 120 casos nuevos confirmados en todo el año 2011 en la provincia y de 18 casos confirmados en el cantón Portoviejo; siendo un 64,2% hombres y un 35,8% mujeres de los casos confirmados a nivel provincial, y teniendo un mayor pico de incidencia en el mes de Enero con un porcentaje del 23,3% del total de los casos confirmados.

Efectuando una revisión de las H. Clínicas de los pacientes atendidos en el Hospital con VIH/Sida, y que tienen tratamiento retroviral, se evidencia que existe un 41.60% de usuarios que no toma siempre los fármacos a la hora indicada; el 83.91% no tomó el medicamento de 3-5 veces en la última semana; y, el 74.71% dejó de tomar

medicación más de 2 días, lo que nos indica que existe una marcada falta de adherencia al tratamiento retroviral. (Ver Apéndice 11).

Al realizar el diagnóstico situacional sobre los principales problemas epidemiológicos que afecta a este colectivo se pudo determinar cómo problema principal que las personas portadoras del VIH/SIDA/ITS que acuden a la Consulta Externa del Hospital, no tienen adherencia al tratamiento, estableciéndose como factores condicionantes los siguientes:

- 1) No existe plan de sensibilización, dado que el autocuidado del paciente no ha sido considerado prioritario por el equipo de salud y a que la Consulta Externa no ha hecho una evaluación de la demanda de atención por esta problemática de salud, situación que incide en que el tratamiento del paciente no es integral, hay un empeoramiento progresivo de la enfermedad y la atención médica de consulta externa tiende a la alza.
- 2) Desactualización del equipo de salud sobre el tratamiento; no hay quien los capacite acerca de esta temática por lo que los pacientes desconocen cómo manejar su enfermedad, cuyas consecuencias como la que no hay control de las cargas virales y de los CD4, el agravamiento del cuadro clínico, y la mayor complicación de la enfermedad del paciente con VIH.
- 3) No se ha fortalecido la coordinación interdepartamental entre servicios involucrados, debido al desinterés del hospital en diferenciar la identificación de los usuarios con VIH que acuden a la consulta externa especializada; y, al déficit de recursos, provocando que el paciente abandone su tratamiento, sus complicaciones se incrementen, y el deterioro de su salud.

Todo este escenario causa en el paciente con VIH/SIDA/ITS el deterioro de su calidad de vida tanto de él, como de su familia y por ende de su comunidad. Surge por ello la siguiente interrogante: ¿Es factible desarrollar un plan de promoción de la adherencia al tratamiento del paciente con VIH/Sida que acude a la Consulta Externa del Hospital “Dr. Verdi Cevallos Balda” de Portoviejo?

### 3. JUSTIFICACIÓN

La modificación del comportamiento sexual es uno de los aspectos más significativos que se debe lograr en la prevención de las enfermedades de transmisión sexual y dentro de ellas, la infección por el virus de inmunodeficiencia humana y/o síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/Sida); sin embargo, es uno de las más difíciles de tratar por diversas razones: “el sexo causa placer, procrea y dentro de su propio contexto significa poder; tiene un lenguaje mudo y se practica, pero no se discute, en muchas culturas del mundo”.

Al ser el ámbito del proyecto la promoción de la salud, su ejecución fue de trascendental importancia, ya que procuró que el equipo médico y pacientes con VIH/Sida se involucren en la adherencia al tratamiento, permitiéndoles forjar un alto compromiso y responsabilidad hacia el cuidado y prevención de su enfermedad que les conlleve a un mejoramiento de su salud.

Este proyecto permitió establecer un escenario donde los problemas sentidos que afectan directamente a los pacientes con VIH/Sida que acuden a la Consulta Externa del Hospital “Dr. Verdi Cevallos Balda” Portoviejo, son el reflejo de un sistema de salud con deficiencias, razón por la cual se ha brindado a este colectivo herramientas para contribuir positivamente en el cuidado de su salud y calidad de vida.

Además, este proyecto es importante porque propone estrategias de cambio basada en los conocimientos recibidos y en los hallazgos de un análisis situacional, ya que recibí el respaldo de los directivos de la institución para la ejecución del presente trabajo, facultando también la adquisición de nuevos conocimientos y mayor experiencia en mi rol médico, además del compromiso como profesional de continuar aportando en beneficio de la comunidad.

Este proyecto tiene una contribución muy significativa ya que se va a lograr en mejorar la calidad de atención que se brinda en esta casa de salud al paciente con VIH/Sida, y de esta forma se contribuye al cumplimiento de los principios que tiene la institución en dar una atención con calidad y calidez.

## **4. OBJETIVOS**

### **4.1. General:**

- Lograr que el paciente con VIH atendido en el área de Consulta Externa Especializada del Hospital “Dr. Verdi Cevallos Balda” de Portoviejo, tenga adherencia al tratamiento recomendado, mediante la elaboración de un plan de sensibilización; actualización al equipo de salud y fortaleciendo la coordinación interinstitucional, para mejorar su calidad de vida.

### **4.2. Específicos:**

- Diseñar y aplicar un plan de sensibilización al usuario con VIH/Sida, sobre adherencia al tratamiento para que el paciente reciba atención integral.
- Capacitar al equipo de salud de Consulta Externa sobre manejo del paciente con VIH/SIDA y así mantener un control de las cargas virales y de los CD4.
- Fortalecer la coordinación interdepartamental entre servicios involucrados para asegurar la continuidad del tratamiento.

# CAPÍTULO I

## 5. MARCO TEÓRICO

### 5.1. MARCO INSTITUCIONAL

#### 5.1.1 Aspecto geográfico del lugar

Portoviejo, es considerado como la “Ciudad de Los Reales Tamarindos”. Es la capital provincial y centro de manifestaciones políticas y culturales de Manabí. La cabecera cantonal es conocida como la ciudad de los Reales Tamarindos, porque hubo una época en que se plantaron y crecieron los más frondosos árboles de esta fruta.

El cantón Portoviejo posee una superficie de 967.5 km<sup>2</sup>, una densidad poblacional de 218 habitantes/km<sup>2</sup>; ubicado a 44 msnm, posee un clima cálido tropical con rangos de temperatura que oscilan entre 24 y 34°C y con índices de humedad relativa de 68 a 89% que se expresan en dos estaciones bien diferenciadas: invierno y verano.

El Diario Manabita (2011) en Manabí por cantones: resultados del Censo de Población y Vivienda INEC. 2010, se indica que:

El 67.92% se autodefine mestiza; el 20.75% montubia; 5.67% blanca; el 4.19% afroecuatoriana; el 0.61% es mulata; el 0.47% se considera negra; y, el 0.16% se define indígena. Del total de la población económicamente activa, 29236, (54.83%) es empleado u obrero privado; 25692 (25.22%) trabaja por cuenta propia; 15926 (15.63%) es empleado u obrero del Estado u organismo seccional; 13744 (13.50%) es jornalero; 4509 (4.43%) son empleadas domésticas; 7052 (6.92%) se ignora; 2969 (0.98%) trabaja en sociedad; y, 1719 (1.69%) tiene trabajo no remunerado. El 67.92% se autodefine mestizo; el 20.75% montubios; y, blancos, 5.67%. De este mismo total, el 26.3% tiene unión libre; el 27.4% es casado; el 34.7% es soltero; el 6.0% es separado; el 0.7% es divorciado; y, el 4.8 es viudo. En cuanto a la procedencia del agua en las viviendas; el 62.70% tiene de la red pública; el 20.31% la adquiere a los tanqueros; el 12.76% tiene pozo; el 2.52% la toma del río; y, el 1.71% de las albarradas. La procedencia de la luz en las viviendas: el 93.90% la toma de la red empresa eléctrica; el 4.18% no tienen; el 1.20% se ingenia otras formas de tener luz; el 0.46% utiliza generador de luz; y, el 0.26% la adquiere del panel solar. La eliminación de la basura en las viviendas, el 79% la elimina a través del carro recolector; el 18.04% la queman; el 1.21% la arrojan a terrenos baldíos; el 1.12% utiliza otras formas de eliminación; el 0.43% la entierran; y, el 0.20% la arrojan al río.



Lámina No. 1.- Mapa de Portoviejo

Fuente: Web [www.imunicipalidaddeportoviejo.gov.ec](http://www.imunicipalidaddeportoviejo.gov.ec)

### 5.1.2. Dinámica poblacional

El INEC tiene resultados definitivos del Censo de Población y Vivienda del 2010, indicando que:

“En Ecuador hay 14'306.876 hab.; de los cuales, en Manabí habitan 1'345.779 hab; y, en Portoviejo hay 280.029 hab.: 137.969 hombres (49.26%) y 142.060 mujeres (50.74%). Es la séptima ciudad con mayor número de habitantes del país. Al momento que se realizó el último censo el número de mujeres superaba al de hombres con una diferencia de 4.091 personas. De acuerdo a los grupos de edades, está distribuido así: 84.064 pertenecen al grupo de 0-14 años; seguido del grupo de 15-29 años, con 74.694 hab; luego tenemos al grupo de 30-44 años, (57.163); 45-59 años (38.254); de 60-74 años (18.629); de 75-89 años, 6.445 personas; y, por último, el grupo de 90-100 años, existen 780 personas”. (INEC, 2010).

Al ser una ciudad ubicada en el centro de la provincia, es el punto estratégico donde concurren los habitantes de los pueblos y ciudades aledañas. El portovejense es una persona amable, trabajadora.

Registra una tasa de natalidad de 17x1000 habitantes, mientras que la tasa de mortalidad general es de 4x1000 habitantes, siendo la tasa de mortalidad infantil de 39x1000 habitantes, mientras la tasa de mortalidad de menores de 5 años es de

44x1000. Así mismo tenemos una tasa de migración con un 50%x1000 habitantes. (INEC, 2009).

Entre las 10 primeras causas de mortalidad en Portoviejo, de acuerdo al Anuario de Estadísticas Vitales del Inec 2010, están: enfermedad hipertensiva (26%), agresiones (23.4%); enfermedades cardiovasculares (22.9%); diabetes mellitus (22.6%); otras enfermedades del corazón (22.6%); enfermedades del hígado (15.5%); neumonía (14.9%); accidente de transporte (13.4%); tumor maligno del estómago (8.4%); y, ciertas infecciones originadas en el periodo perinatal (8.4%).

Según datos estadísticos de la Subgefatura de Migración en Portoviejo, (2010),

“En Ecuador la mala situación económica es la causa principal para la emigración de padres a Estados Unidos y Europa (89.1 por ciento). La mayoría de hijos no fueron consultados por sus padres antes de emigrar (56.7 por ciento). Los hijos quedaron al cuidado de los hermanos (58.1 por ciento), abuelos (69.9) y tíos (50.8). En Portoviejo, 1904 (50.59%) hombres han emigrado a otros lados; mientras que un total de 1859 mujeres también lo han hecho (49.41%). Esto demuestra que la migración está en constante apogeo, ya que las personas van en búsqueda de un mejor estilo de vida para ellos y para sus hijos. Más del 30% de las familias tienen sus familiares en el exterior. Sus destinos son España, Italia, Estados Unidos a los que van en busca de trabajo, mejorar sus ingresos económicos, los cuales muchas veces regresan sin haber podido cumplir su sueño, y muchos de ellos no regresan”.

### **5.1.3. Misión de la institución**

El Hospital “Dr. Verdi Cevallos Balda” de Portoviejo, tiene como misión:

“Ser una unidad de salud sin fines de lucro, que promueve condiciones de vida saludable a la población manabita mediante la prevención, promoción, curación y rehabilitación con acciones conjuntas de entidades y actores sociales del sector garantizando la atención eficiente, oportuna y de calidad, especialmente a los grupos más vulnerables de mayor riesgo”. (POA Hospital “Dr. Verdi Cevallos Balda”-Portoviejo)

### **5.1.4. Visión de la institución**

La visión del Hospital “Dr. Verdi Cevallos Balda” de Portoviejo es:

“Los próximos 20 años brindará a la población manabita atención integral de salud, con eficiencia, calidad y calidez, una organización interna óptima con capacidad resolutive en cada uno de sus servicios, que satisfaga las múltiples

necesidades de los usuarios profesionales especializados, con tecnología de punta, hospital provincial y docente”. (POA Hospital “Dr. Verdi Cevallos Balda”-Portoviejo)

#### **5.1.5. Organización administrativa**

El Hospital de Portoviejo es una entidad del Sistema Nacional de Servicios de Salud del Ministerio de Salud Pública, es una unidad de tipo general para pacientes agudos y que brinda atención de salud integral a la población de su área de influencia y es también un centro de formación de personal de salud e investigación. Cuenta con 305 camas.

Dispone de un Organigrama que está de acuerdo a la organización general de los Hospitales del Ministerio de Salud Pública.

El Hospital de Portoviejo cuenta con 151 funcionarios del régimen de la Ley Servicio Civil y Carrera Administrativa, 288 funcionarios pertenecientes al Código del Trabajo. En lo que respecta al personal profesional, solo cuenta con 81 Médicos; de los cuales 48 son de planta; 22 residentes; 9 contratados; y, 1 Fonnin, 2 odontólogos; 2 obstétrices; 49 enfermeras: 35 de planta y 14 contratadas; 12 tecnólogos médicos; 3 trabajadores sociales; 116 auxiliares de enfermería; 180 auxiliares de servicio: 130 de planta; y, 50 contratados; y, 28 administrativos: 26 de planta; y, 2 Fonnin, siendo necesario acotar que Hospitales de 120 y 200 camas tienen el doble y hasta el triple de personal profesional.

Hacen sus prácticas rotativas los Internos de Medicina y Enfermería de la Universidad Técnica de Manabí, los Internos de la Universidad Estatal de Guayaquil, los Internos de la Universidad Santiago de Guayaquil, realizan sus prácticas docentes, estudiantes de los años superiores de las Facultades de Medicina y Enfermería de la Universidad Técnica de Manabí.

## ESTRUCTURA ORGANICA



Fuente: MSP

Elaboración: Dr. Carlos Almeida C.

### 5.1.6. Servicios que presta la institución

Para atender la demanda provincial y de influencia del hospital “Dr. Verdi Cevallos Balda” cuenta con las siguientes especialidades en consulta externa e internación: Medicina Interna: Cardiología, Neumología, Dermatología, Oftalmología, Otorrinolaringología, Neurología, Nefrología, Gastroenterología, Urología, Cirugía, Traumatología, Pediatría, Neonatología, Gineco-obstetricia, Anestesiología, Unidad de: Cuidados Intensivos, Quemados, Terapia física y Rehabilitación. Además auxiliares de diagnóstico: Laboratorio Clínico, Rayos X, Ecosonografía, Endoscopia, Electrocardiografía, Banco de Sangre.

### 5.1.7. Datos estadísticos de cobertura

Según datos del servicio de Consulta Externa del Hospital “Dr. Verdi Cevallos Balda” de Portoviejo, el perfil epidemiológico es el siguiente:

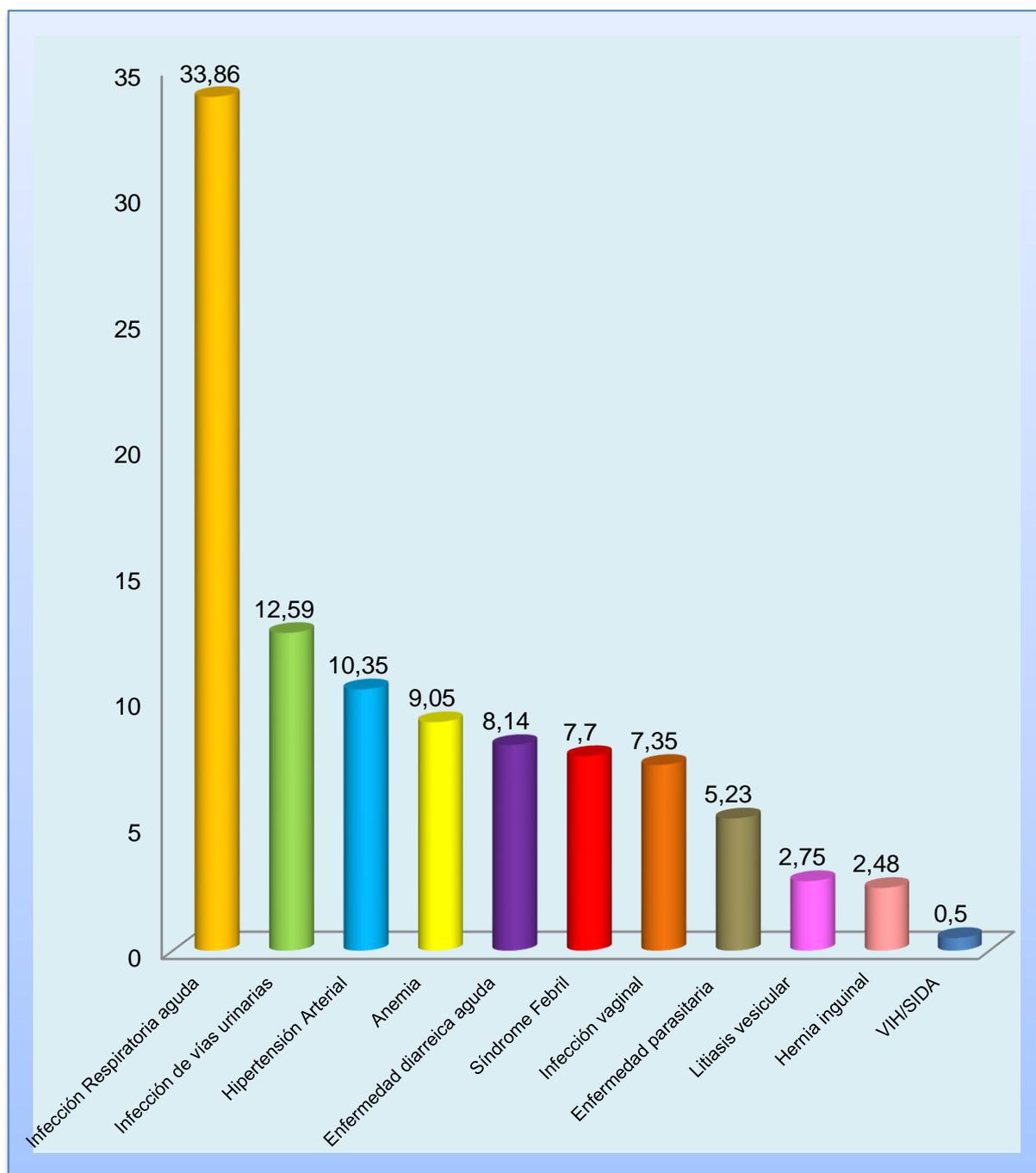
### Cuadro No. 1

**HOSPITAL GENERAL Y DOCENTE “DR. VERDI CEVALLOS BALDA”**  
**CONSULTA EXTERNA**  
**PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD**  
**FEBRERO – OCTUBRE DEL 2012**

<b>CIE-10</b>	<b>CAUSAS</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
U04	Infección Respiratoria aguda	1613	33,86
N39.0	Infección de vías urinarias	600	12,59
I10, I11, I12, I13, I15	Hipertensión Arterial	493	10,35
D50, D64	Anemia	431	9,05
A 09, a00; K59.1, k55	Enfermedad diarreica aguda	388	8,14
R50	Síndrome Febril	367	7,70
N76.0, N76.1	Infección vaginal	350	7,35
D010272	Enfermedad parasitaria	249	5,23
K80	Litiasis vesicular	131	2,75
K40, k46	Hernia inguinal	118	2,48
B24	VIH/SIDA	24	0,50
	<b>TOTAL</b>	<b>4764</b>	<b>100.00</b>

**FUENTE:** Registros de Consulta Externa

**ELABORACIÓN:** Dr. Carlos Almeida Cruz



**Lámina No. 2.-** Representación porcentual

### **ANÀLISIS:**

De acuerdo a los datos proporcionados por el Dpto. Estadístico del Hospital, durante este periodo hubo un total de 4764 atenciones, de las cuales, 1613 fueron para las IRA (33.86%); seguido de IVU con 600 atenciones (12.59%); HTA, 493 atenciones (10.35%); Anemia, 43 (9,05%); EDA, 388, (8,14%); Síndrome Febril, 367 (7,70%): Infección vaginal, 350 (7,35%); Enfermedad parasitaria, 249, (5,23%); Litiasis vesicular, 131, (2,75%); Hernia inguinal, 118 (2,48%); y, VIH/SIDA , 24 (0,50%).

### **5.1.8. Características geofísicas de la institución**

El hospital “Dr. Verdi Cevallos Balda”, es una unidad del sistema nacional de servicios de salud del Ministerio de Salud Pública. Ubicado en la ciudad de Portoviejo, provincia de Manabí, parroquia 12 de Marzo, limita al norte con la ciudadela Cevallos, al sur con la calle Rocafuerte, al este con la avenida Guayaquil y al oeste con el río Portoviejo.

Fundado en el año 1887 iniciando las actividades donde actualmente funciona en el año 1916. Cumple acciones de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en las 4 especialidades básicas: Cirugía, Medicina Interna, Pediatría y Gineco-obstetricia.



**Fotografía No. 1.-** Panorámica del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda” de Portoviejo

### **5.1.9. Servicio de Consulta Externa**

El subproceso de consulta externa especializada es un área del Hospital Provincial de Portoviejo, improvisada para la implementación de consultorios donde se brinda atención médica especializada y atención de enfermera al usuario externo ambulatorio y en las áreas de otorrinolaringología y oftalmología. Se atienden a usuarios internos de hospitalización de la provincia de Manabí como una proyección de los servicios de salud hacia la comunidad impulsando al fomento, protección, recuperación y rehabilitación de la salud evitando así internaciones innecesarias, derivaciones y complicaciones tardías.

Se encuentra ubicado en la parte alta del pabellón A, localizada al margen izquierdo de ingreso al Hospital, contiguo al Banco de Sangre y a la Biblioteca. Cuenta con una superficie aproximada de 15 metros de frente y 40 metros de ancho. Limita al norte con la Av. Guayaquil y Eloy Alfaro, al sur con las calles Rocafuerte y 12 de Marzo, al este con el río Portoviejo y al oeste con la calle Eloy Alfaro. Consta de: Bodega, servicios higiénicos, un cubículo para la preparación de usuarios, 13 consultorios médicos medianamente equipados. Su área física no reúne las características técnicas necesarias por lo que resulta inadecuada. Realiza coordinación interprocesal técnica y administrativa con: aseguramiento de la calidad de gestión, servicios técnicos complementarios, desarrollo organizacional, emergencias, utilería, bodega, hospitalización, gerencia, gestión de enfermería, subdirección, entre otras.

Se rige en base a leyes, reglamentos, normas y programas del Ministerio de Salud Pública, Dirección Provincial de Salud de Manabí y Hospital de Portoviejo.

Atiende en horario de 7H00 a 18H00, de lunes a viernes. Los equipos médicos son en muchos casos obsoletos e insuficientes para los tratamientos de especialidad. Existe falta de motivación en el personal médico y paramédico, los que se observan desligados de los objetivos institucionales. Existen actividades y tareas de enfermería que no quedan registradas por ser los usuarios atendidos en otros servicios como urología y cardiología.

Se oferta un número insuficiente de atenciones, ya que el cupo de 6 a 12 usuarios por especialista no satisface la demanda, especialmente en las especialidades de neurología, urología, otorrinolaringología, pediatría.

#### **5.1.10. Políticas de la institución**

Las políticas del hospital “Dr. Verdi Cevallos Balda” de Portoviejo como unidad del Ministerio de Salud Pública son:

“La modernización del Estado; racional y eficiente gasto público; descentralización; fortalecimiento institucional; manejo adecuado de proyectos y programas pretendiendo impulsar la creatividad de los usuarios internos y externos; y, disminuir la participación del estado. No se ha logrado mejorar la cobertura de los servicios por el escaso presupuesto, por la falta de

unificación de criterios y propuestas. Cabe recalcar que los programas no se cumplan a cabalidad en su mayoría debido a los cambios frecuentes de las políticas de turno”. (MSP, 2011).

El programa actual de maternidad gratuita y atención integral a la infancia es uno de los pilares del sustento institucional.

La política nacional de salud del Ecuador se fundamenta en los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad, pluralidad, eficiencia, ética e integridad.

## **5.2. MARCO CONCEPTUAL**

### **5.2.1. VIH. (Virus de inmunodeficiencia adquirida)**

Según la Organización de las Naciones Unidas para el Sida, ONUSIDA (2008), el VIH es:

“Un retrovirus que infecta las células del sistema inmunitario (principalmente las células T CD4 positivas y los macrófagos, componentes clave del sistema inmunitario celular) y destruye o daña su funcionamiento. La infección por este virus provoca un deterioro progresivo del sistema inmunitario, lo que deriva en "inmunodeficiencia". Una vez que la infección ha progresado el virus se puede encontrar en la mayoría de los líquidos del organismo, sobre todo en la sangre y en las secreciones”. (ONUSIDA, 2008).

### **5.2.2. Epidemiología**

Epidemiológicamente, el VIH afecta de manera desproporcionada a los latinos, y se conoce que:

“En el 2009, los latinos representaron el 20% de las infecciones nuevas con el VIH en los Estados Unidos, aun cuando solamente constituían alrededor del 16% de la población total de los EE. UU. Es un problema de salud pública en la comunidad latina. El 20% (9,400) de las infecciones nuevas por VIH en los Estados Unidos, aun cuando solamente formaban alrededor del 16% de la población total de los EE. UU. La tasa de infecciones por el VIH en este mismo periodo fue casi el triple que la de los hombres de raza blanca (26.4 comparado con 9.1 por cada 100,000 habitantes). Por otro lado, los hombres latinos representaron el 79% (7,400) de las infecciones nuevas en toda la población latina y la tasa de infecciones nuevas entre los hombres latinos fue dos veces y media más alta que la de los hombres de la raza blanca (39.9/100,000 comparado con 15.9/100,000); y, tuvieron relaciones sexuales con hombres (HSH) representaron el 81% (6,000) de las infecciones nuevas por VIH entre los hombres latinos. Y a su vez representaron el 20% de todos

los HSH. Entre los HSH latinos, el 45% de las infecciones nuevas por VIH correspondió a hombres menores de 30 años de edad. Aunque las mujeres latinas representaron el 21% (2,000) de las infecciones nuevas en los latinos durante el 2009, su tasa de infección por el VIH fue más del cuádruple que en las mujeres blancas (11,8/100,000 comparado con 2,6/100,000)". (Centro de Recursos para Latinos del VIH/Sida, 2011).

### **5.2.3. Fisiopatología**

El VIH infecta a los linfocitos T auxiliares (células T4CD4), los linfocitos B, los macrófagos, los promielocitos, los fibroblastos, y las células epidérmicas de langerhans.

También es un miembro de la familia de los Retrovirus y de la subfamilia de los Lentivirus, presenta una cubierta externa y un mensaje genético compuesto por ARN y también una enzima (Retroversotranscriptasa) que convierte el ARN del virus en ADN en la célula hospedera.

### **5.2.4. Manifestaciones clínicas**

El VIH puede tener un periodo de incubación prolongado que oscila entre 1 y 10 o más años el aspecto de la enfermedad consta de cuatros fases: Infección primaria o aguda; infección asintomática; enfermedad asintomática leve; y, enfermedad avanzada.

La infección sintomática de esta enfermedad es una etapa en la que se presentan síntomas, pero el SIDA aún no se ha desarrollado. Se sostiene que:

“La infección asintomática en cambio tiene buen aspecto sin embargo la analítica revela un descenso insidioso de las cifras de T4/CD4 que pueden descender los valores normales a 500 células/mm<sup>3</sup> sin acompañarse de signos y síntomas”. (Bertozzi, 2006).

La enfermedad sintomática leve que presenta síntomas como fiebre, pérdida de peso, diarrea, transpiración nocturna, y fatiga, aftas orales, seborrea/psoriasis, molusco contagioso, xerodermia, prurito, leucoplasia vellosa, trombocitopenia ideopática, hipocoesterolemia,

### **5.2.5. Diagnóstico:**

El diagnóstico se basa en las pruebas que detectan anticuerpos contra el VIH estas se clasifican: Pruebas iniciales de detección o tamizaje como la de ELISA; y, pruebas suplementaria o confirmatoria como la inmunofluorescencia indirecta, Western Blot y la prueba de detección de antígeno.

La literatura médica indica que el diagnóstico para determinar la presencia del VIH o de SIDA debe ser muy cuidadoso y realizado con toda responsabilidad y ética, por los efectos que esta enfermedad tiene en la vida personal, familiar y social del enfermo y los tabúes existentes sobre ella; y se considera que: “El diagnóstico oportuno y adecuado realizado por un médico, puede evitar muchas complicaciones y contagios”. (Public Health Task Force, 2005)

### **5.2.6. Tratamiento**

Un documento técnico de la OPS/OMS titulado Tratamiento antirretroviral de la infección por el VIH en adultos y adolescentes en Latinoamérica y el Caribe: en la ruta hacia el acceso universal, indica que:

“El TARV se debe proporcionar como parte de la atención integral de la infección por el VIH. En ésta deben tener un papel destacado la prevención de la transmisión, el diagnóstico temprano y la prevención de las infecciones oportunistas, y tiene que incluir la provisión de la profilaxis con cotrimoxazol, el manejo de infecciones oportunistas y las comorbilidades, el soporte nutricional, la atención psicosocial y los cuidados paliativos”. (OPS/OMS, 2008)

Garantizar el acceso a los medicamentos, en particular al TARV, es una parte esencial de la respuesta a las necesidades de salud de las personas que viven con VIH y a la epidemia del VIH.

Los objetivos de un programa de atención de VIH son reducir la morbilidad y mortalidad relacionada con el VIH, mejorar la calidad de vida para las personas que viven con el VIH, eliminar o reducir el estigma y el impacto psicosocial del VIH, y reducir la transmisión del VIH. La atención de pacientes con VIH requiere la transformación de un sistema que es esencialmente reactivo (o que responde

principalmente cuando una persona está enferma) hacia uno proactivo (centrado en mantener una persona lo más saludable posible).

En el país se dispone de los siguientes grupos de antiretrovirales:

- ITN: Zidovudina AZT; Lamivudina 3TC; Estadovudina D4T; Didanosina DDI; Adacavir, Tenofovir, Emtricitabina.
- ITRNN: Efavirenz, Nevirapina
- IP: Lopinavir + Ritonavir; y, Nelfinavir, Squinavir + ritonavir, Atazanvir+/- Ritonavir. (MSP, 2011).

### **5.2.7. Manejo del paciente con VIH/Sida**

La calidad de vida para pacientes con VIH SIDA ha mejorado mucho en los últimos años, y pese a seguir siendo una enfermedad mortal, un paciente con diagnóstico oportuno y tratamiento adecuado puede llevar una vida normal y tener una sobrevida de 25 años.

Para detectar el VIH debe realizarse la prueba ELISA, de ser positiva, se confirma con el examen Western Blot para VIH, además de los estudios de laboratorio básicos para el seguimiento del paciente. Si una persona siente que estuvo en riesgo de contagio debe realizarse la prueba de ELISA, y habitualmente de manera periódica por lo menos una o dos veces al año.

La atención del paciente con VIH no está en la actualidad adaptada a las necesidades derivadas de una enfermedad crónica. Las personas seropositivas se ven abocadas a un peregrinaje por las distintas unidades médicas de un mismo hospital para realizar los controles oportunos; tienen que acomodarse a los horarios de farmacia para la recogida de medicamentos y a las nuevas restricciones en la cantidad dispensada, que obliga a más visitas a la consulta, a veces incluso con periodicidad quincenal.

En la atención al paciente, la consideración principal es la de conseguir una intervención conjunta con organismos de salud pública para alcanzar un mejor impacto sanitario con el empleo óptimo de los recursos disponibles, tanto humanos como económicos; y, garantizar que:

“La mayoría de los pacientes con VIH asisten a consulta por padecimientos relacionados a la enfermedad como infecciones de vías respiratorias, fiebre, diarrea, infecciones del sistema nervioso central, entre otras, y de esa manera se enteran de su condición como portadores del virus”. (Savio, E, 2007).

Como principal medio de contagio, persisten las relaciones sexuales sin condón, siendo el sector masculino, entre 20 y 40 años de edad, el grupo poblacional más vulnerable al contagio; aunque esta enfermedad está presentándose también en mujeres a edades más tempranas.

Debido a los mecanismos de seguridad en los bancos de sangre y hospitales, los casos por contagio en transfusión ya no se presentan. Sin embargo, deben tomarse las medidas de precaución necesarias para evitar cualquier tipo de riesgo.

Cabe señalar que no todos los pacientes con VIH deben tomar medicamentos, sólo aquellos que tienen alguna infección oportunista o están bajos de glóbulos blancos y que pone en riesgo su salud; en los casos de pacientes estables es recomendable únicamente la supervisión médica ya que el virus hace resistencia al medicamento.

#### **5.2.8. Adherencia al tratamiento**

La adherencia es un proceso dinámico, influido por múltiples variables de tipo social, cultural, cognitivo, económico y de salud, las cuales deben ser tomadas en consideración como elementos predictores de adherencia. Los resultados obtenidos en cuanto a la medición de este fenómeno permiten conocer la posibilidad de identificación y cumplimiento de tratamiento así como posible éxito terapéutico del paciente.

La adherencia cobra auge a partir de la incursión de los medicamentos antirretrovirales en el escenario mundial, como una prioridad indiscutible para el manejo efectivo de la terapia tri-asociada en personas VIH/SIDA. Sin embargo este concepto no es nuevo, puesto que toda enfermedad crónica demanda de un tratamiento prolongado o permanente, dentro del cual paciente y redes de apoyo se involucran activa y responsablemente.

En un inicio la adherencia se conceptualizó dentro de una visión de paciente como sujeto pasivo, receptor de indicaciones y aislado de un contexto social. Lo anterior legitimado dentro de un constructo de realidad que privilegiaba el modelo biologista.

Se considera que la presencia de un cuadro depresivo es clave como variable que indica posible abandono de tratamiento. También se mencionan problemas de consumo de drogas ilícitas, alcoholismo como elementos que posiblemente incidirán de forma negativa en los resultados del tratamiento. Por lo que el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida, ONUSIDA/OMS (2008), indica que:

“A pesar de los grandes avances clínicos y farmacológicos para controlar la infección por VIH/sida, su expansión sigue en aumento. Las últimas cifras mundiales informan que a finales de 2007 había 33,2 millones de personas en el mundo con VIH; en el curso de ese año 2,5 millones contrajeron la infección y 2,1 millones murieron a causa del Sida En Latinoamérica el número de personas infectadas se aproxima a 1,6 millones. (ONUSIDA/OMS (2008)

Las nuevas combinaciones de medicamentos antirretrovirales para controlar el VIH/sida, conocidas también como terapia antirretroviral altamente activa (TARGA o HAART por sus siglas en inglés) han demostrado ser eficaces para reducir la carga viral y mejorar los resultados clínicos, la sobrevivencia y la calidad de vida. Sin embargo, la Organización Mundial de la Salud señala que:

“Sólo un tercio de quienes tienen acceso a la terapia antirretroviral (TAR) toman su medicación adecuadamente, poniendo de manifiesto, tasas de adherencia al tratamiento subóptimas y el poco impacto de éstas en el control de la enfermedad. Aunque la adherencia al tratamiento se considera como un factor fuertemente asociado al éxito o fracaso terapéutico en el control de las enfermedades crónicas, en el caso del VIH/sida tiene una importancia adicional como factor decisivo para el éxito del tratamiento, teniendo en cuenta que la rápida velocidad de replicación y mutación del virus requiere grados muy altos de adherencia para lograr una supresión duradera de la carga viral (OMS, 2004). Así, la baja adherencia al tratamiento facilita la resistencia a los medicamentos y aumenta la vulnerabilidad del organismo a infecciones oportunistas”.

La baja adherencia a los tratamientos antirretrovirales ha sido, en los últimos años, motivo de preocupación para la comunidad científico internacional, razón por la cual en este lapso ha aumentado el interés investigativo acerca de los factores relacionados con ésta.

### 5.2.9. Concepto

La OMS (2004) adopta y promueve el concepto de adherencia al tratamiento refiriéndose a éste como:

“El grado en el cual el comportamiento del paciente –la toma de los medicamentos y la introducción de cambios en su estilo de vida– responde a las indicaciones o recomendaciones dadas por el profesional de la salud. Además, resalta la importancia de la conformidad del paciente con su tratamiento y la participación como socio activo con los profesionales de la salud en su propia atención”.

Martin, y cols. (2004) precisan que: “la adherencia al tratamiento consiste en un repertorio de conductas moduladas por componentes subjetivos”; y, Varela, MT, et als. (2007), expresa que ésta consiste en: Una serie de comportamientos que realiza el paciente en su vida diaria, los cuales coinciden y son coherentes con los acuerdos realizados y las recomendaciones discutidas y aceptadas en la interacción con los profesionales de la salud que lo atienden, en una dinámica de implicación activa del paciente en el control de su enfermedad. Los comportamientos de adherencia al tratamiento hacen referencia a la incorporación (si son nuevos), perfeccionamiento (si ya existen) de hábitos en el estilo de vida y a la modificación de aquéllos que puedan constituir un factor de riesgo para la progresión de su enfermedad.

La adherencia al tratamiento implica entonces múltiples comportamientos, simples y complejos del paciente, que le permiten hacer frente a un régimen que exige un alto nivel de cumplimiento. En el caso del VIH/sida, tales comportamientos incluirían tomar los medicamentos antirretrovirales según las prescripciones médicas (en los horarios indicados, la cantidad exacta y de acuerdo con los intervalos o frecuencias de las dosis); asistir a la citas médicas periódicas y con otros profesionales de la salud; realizarse los exámenes de control (CD4, carga viral, citología, etc.); realizar ejercicio regularmente; alimentarse según las recomendaciones médicas y nutricionales; manejar las alteraciones emocionales que influyen negativamente en el estado inmunológico (estrés, ansiedad y depresión); evitar el consumo de sustancias psicoactivas (alcohol, cigarrillo y drogas ilegales); adoptar medidas de prevención de la reinfección del VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS); observar el propio cuerpo para detectar si hay cambios y; priorizar el cuidado de sí

mismo (no descuidar el propio tratamiento por atender el de los demás, sacar tiempo para sí mismo, cuidar la apariencia física y la imagen personal, etc.).

Dichos comportamientos de adherencia al tratamiento pueden, a su vez, ser facilitados por otros comportamientos y habilidades para controlar situaciones que interfieren o podrían interferir con la obtención de los objetivos terapéuticos.

Entre estos podría resaltarse el uso de estrategias eficaces para identificar los medicamentos, para recordar su toma, para manejar los efectos adversos y para organizar el plan terapéutico (integrando varios medicamentos, dosis variables y horarios); discutir con el médico y/o profesional de la salud las dudas respecto al VIH y el plan de tratamiento; buscar información relacionada con la enfermedad y el tratamiento; buscar ayuda profesional para solucionar algún problema emocional; buscar apoyo social en otras personas, grupos o instituciones para solucionar situaciones difíciles o problemáticas; llevar consigo dosis de los medicamentos (cuando sabe que se le puede pasar el horario en que debe tomarlos); tener reserva de medicamentos para no suspender el tratamiento en caso que se retrase su entrega por parte del sistema de salud; buscar alternativas para tomar los medicamentos sin que los demás se den cuenta de su diagnóstico; saber cómo contestar las preguntas relacionadas con la enfermedad o el tratamiento que le hacen otras personas manteniendo la privacidad; utilizar estrategias legales para hacer respetar su derecho a recibir oportunamente el tratamiento; reorganizar las rutinas diarias para responder a las necesidades que van surgiendo a causa del VIH y su tratamiento (ajustar horarios de comidas y de sueño, etc.); mantener preservativos disponibles, entre otros.

El desarrollo y mantenimiento de los comportamientos de adherencia al tratamiento por parte del paciente, dependerá en gran medida de la “negociación” y realización de acuerdos con el profesional de la salud sobre el régimen terapéutico y la aceptación para formar parte de dicho plan de tratamiento.

#### **5.2.10. Factores relacionados con la adherencia al tratamiento**

Un principio fundamental para comprender la adherencia al tratamiento es que ésta se debe especialmente al comportamiento del individuo (lo que hace y deja de

hacer) en función de los objetivos terapéuticos, y que por lo tanto, tendrá influencia directa sobre su salud y su calidad de vida. Pero a este principio hay que agregarle otros elementos (denominados aquí como “factores” del individuo, de la enfermedad, del contexto y de su interacción) importantes para comprender de manera funcional, cómo, cuándo, por qué y para qué se desarrolla el comportamiento de adherencia.

A este respecto, existen diversas clasificaciones de los factores asociados con la adherencia al tratamiento.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (2004) en Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción, por su parte, plantea que: “Existen cinco grupos de factores: socioeconómicos, relacionados con el paciente, con la enfermedad, con el tratamiento y con el sistema de asistencia sanitaria”.

La revisión de múltiples investigaciones sobre el tema permite reconsiderar estas categorías y plantear una clasificación que incluye un nuevo factor relacionado con aspectos sociales e interpersonales y unir aquéllos relacionados con la enfermedad y con el tratamiento en uno solo.

De esta manera, la adherencia al tratamiento en VIH/sida estaría asociada con: a) factores personales, b) de la enfermedad y el tratamiento, c) del sistema de salud y, d) sociales-interpersonales. Al interior de cada factor podrían encontrarse diversas variables que han sido planteadas por varios estudios.

#### **5.2.10.1. Factores personales**

Los factores personales se refieren a las características del paciente. Específicamente para el caso de la adherencia al tratamiento en el VIH/sida, los principales factores que tienen evidencia empírica son las variables sociodemográficas, algunas de tipo cognitivo, emocional y de la motivación, el afrontamiento de la enfermedad, los problemas psiquiátricos, el consumo de sustancias psicoactivas y la historia de tratamientos previos al diagnóstico de VIH/sida.

Características sociodemográficas: En general, han sido relacionadas con la adherencia al tratamiento en VIH/sida (OMS, 2004). No obstante, existe una gran

divergencia respecto al papel de estas características como aspectos que facilitan u obstaculizan la adherencia.

Se sabe que la adhesión completa al TARGA es difícil y que un elevado porcentaje de pacientes no la alcanzan a pesar de su importancia. Sin embargo, se han investigado poco los determinantes de la adherencia, cómo medirla y las intervenciones que pueden ayudar a mejorarla, por lo que se reconoce que:

“La edad es un obstáculo para la adherencia al tratamiento; la vejez sería un facilitador; y, que el nivel educativo parece existir un mayor acuerdo, pues se indica que un bajo nivel educativo se asocia como un obstáculo para la adherencia al tratamiento”. (Glass, T. R., et Al, 2006)

Un principio fundamental para comprender la adherencia al tratamiento es que ésta se debe principalmente al comportamiento del individuo (lo que hace y deja de hacer) en función de los objetivos terapéuticos, y que por lo tanto, tendrá influencia directa sobre su salud y su calidad de vida. Pero a este principio hay que agregarle otros elementos importantes para comprender de manera funcional, cómo, cuándo, por qué y para qué se desarrolla el comportamiento de adherencia.

Aparte de las ya encontradas anteriormente, encontramos otra propuesta por Carballo, E., et al (2004), y es sobre el nivel de ingresos familiares, afirmando que: “Cuando éstos son bajos, constituyen un obstáculo para la adherencia al tratamiento, mientras que ingresos altos pueden actuar como un facilitador”. Carballo, E., et al (2004).

Por otra parte, algunas características del domicilio del paciente como tener o no donde vivir, las personas con quien se vive, vivir solo, vivir lejos de la familia nuclear, cambiar de casa o de ciudad después del diagnóstico han sido relacionadas como facilitadores de la adherencia al tratamiento.

Los factores personales presentes en la adherencia al tratamiento en personas seropositivas frente al VIH, son muchos.

Por lo que, Piña, J. A., y cols. (2006), expresan que:

“Otro factor personal relacionado con la adherencia al tratamiento en VIH/sida es la historia de tratamientos de la persona, incluyendo tratamientos

anteriores al diagnóstico de VIH/sida y los comportamientos de adherencia en el pasado que podrían ser un facilitador o un obstáculo, según hayan sido eficaces o no, respectivamente”.

La adherencia tiene que ver con la aceptación de la enfermedad y el contexto sociocultural en que el diagnóstico le sea presentado al paciente. Los factores cognitivos, por su parte, han sido ampliamente relacionados por Simoni, J. M., y otros. (2002), donde:

“Uno de los principales obstáculos a este nivel son las creencias y la percepción sobre el tratamiento antirretroviral, incluyendo los efectos sobre su calidad de vida, la toxicidad y los efectos secundarios del medicamento, el malestar emocional asociado, la eficacia y la percepción de barreras para el tratamiento. Algunos estudios han relacionado los aspectos anteriores como obstáculos para la adherencia al tratamiento”

Otro aspecto cognitivo que Veinot, T. C., et al (2006) considera relevante y ha sido estudiado es:

“El conocimiento, pero su relación con la adherencia al tratamiento ha sido polémica. Para algunos, un adecuado conocimiento no sólo de la enfermedad, sino también del tratamiento antirretroviral y las instrucciones para tomarlo, de las recomendaciones no-farmacológicas, de la relación entre adherencia al tratamiento y enfermedad y del estado clínico actual, son aspectos que facilitan la adherencia”.

La autoeficacia, específicamente en un sentido positivo, ha sido considerada como un factor que facilita la adherencia al tratamiento, mientras que una baja autoeficacia actúa como un obstáculo. En este contexto se puede considerar que:

“Entre las variables cognitivas que se asocian con una baja adherencia está el olvido de la toma de los medicamentos y las recomendaciones médicas. Incluso, varios estudios mencionan que éste es un importante obstáculo, principalmente, en los hombres”. (Ammassari, A., y otros, 2004)

A nivel emocional han sido identificados como obstáculos para la adherencia al tratamiento, factores como la presencia de indicadores de trastornos depresivos, de ansiedad y de estrés. Por el contrario, la presencia de estados afectivos y emocionales positivos se ha relacionado como un facilitador de la adherencia, pero con poca evidencia.

En un estudio reciente, Ingersoll (2004) evaluó a 120 adultos con VIH tomando antirretrovirales en términos de esquema terapéutico, los comportamientos que podrían facilitar la adherencia, la presencia de problemas mentales y los patrones de uso de sustancias psicoactivas.

Entre los factores a nivel de la motivación están:

“La intención de no tomarse los medicamentos antirretrovirales, la cual funcionaría como una barrera para la adherencia al tratamiento, mientras que una actitud positiva frente a éstos sería un facilitador para adherirse a la TAR”. (Godin, G., et als, 2005).

Lo que se observa con respecto a los factores de la motivación es que se cuenta con menor evidencia que en los demás factores personales y su relación con la adherencia al tratamiento.

Otro aspecto personal que se ha relacionado con la adherencia es el afrontamiento del diagnóstico, el tratamiento y sus efectos secundarios, así como de la evolución y el pronóstico de la enfermedad. Entre los que estudios indican que un déficit en este sentido sería un obstáculo, y por otro lado, están los que afirman que un afrontamiento adecuado sería un factor que favorece la adherencia al tratamiento.

Los indicadores de problemas psiquiátricos presentan una situación similar. Para varios estudios la presencia de estos indicadores sería un obstáculo para la adherencia y su ausencia sería un facilitador.

Por último, un factor personal asociado fuertemente con la adherencia al tratamiento es el consumo actual de alguna sustancia psicoactiva, así como los antecedentes de consumo, que en cualquier caso, se considera como una barrera para la adherencia al tratamiento.

#### **5.2.10.2. Factores de la enfermedad y del tratamiento**

Este grupo de factores involucra aquellos aspectos y características del VIH/sida y del régimen terapéutico, incluyendo no sólo la TAR, así como sus implicaciones en el estilo de vida. De acuerdo con los estudios realizados, los factores de la enfermedad y del tratamiento relacionados con la adherencia al tratamiento en

VIH/sida serían los efectos adversos de la TAR, la complejidad del régimen terapéutico, la interrupción de la rutina diaria y el estilo de vida, el perfil clínico y la progresión de la enfermedad, el costo del tratamiento y la interrupción o modificación del régimen terapéutico.

Los efectos adversos de la TAR presentan una relación negativa con la adherencia al tratamiento, y específicamente, en la medida que sean mayores los efectos menor es la adherencia, mientras que la ausencia de dichos efectos se relaciona con una mayor adherencia.

Asimismo, la alta complejidad del régimen terapéutico se ha considerado como obstáculo para la adherencia al tratamiento con suficiente base empírica, y por el contrario, la baja complejidad como un factor que la favorece.

Respecto a la interrupción de la rutina diaria y del estilo de vida como consecuencia del TAR y del régimen terapéutico, parece existir consenso en los hallazgos, pues las pruebas la señalan como una barrera para la adherencia al tratamiento en VIH/sida.

El perfil clínico y la progresión de la enfermedad, que incluye aspectos como el tiempo de infección estimado, el tiempo de diagnóstico, el estado inmunológico (carga viral, CD4, estadio CDC), entre otras, presenta una asociación con la adherencia al tratamiento que sigue siendo polémica. Así, algunos estudios relacionan un pobre estado inmunológico con la baja adherencia al tratamiento mientras que otros han encontrado que pueden actuar como un facilitador.

Otros factores de la enfermedad y del tratamiento asociados como obstáculos de la adherencia al tratamiento, en menor medida, son el coste del tratamiento, la interrupción o modificación del régimen terapéutico debido a la resistencia a los ARV, baja tolerancia a estos, problemas en la provisión de los medicamentos, entre otras, las características del medicamento y el tiempo de tratamiento. Por otra parte, la vía de transmisión perinatal aparece asociada como facilitador de la adherencia.

### **5.2.10.3. Factores sociales/interpersonales**

Estos hacen referencia a aquellos aspectos particulares de las relaciones que establece el paciente con su familia, amigos, profesionales de la salud y con el entorno en general, que afectan la adherencia al tratamiento. Como se muestra en la tabla 3, la percepción de apoyo social y la relación entre el médico tratante y el paciente son los aspectos sociales/interpersonales más estudiados y con mayor evidencia en el área de la adherencia.

La percepción de apoyo social, en términos de existencia de sistemas de apoyo, tipo de apoyo y eficacia percibida, ha sido relacionada ampliamente como un facilitador de la adherencia al tratamiento mientras que un bajo nivel de apoyo percibido se relaciona con un obstáculo.

La relación entre el médico tratante y el paciente ha sido también ampliamente explorada. La evidencia indica que cuando ésta se caracteriza por satisfacción con la relación, confianza para expresar dudas, una percepción positiva del paciente sobre la competencia del profesional, sentimientos positivos, amabilidad en el trato, empatía, retroalimentación al paciente y confidencialidad, entre otros, favorece la adherencia al tratamiento y que por el contrario, cuando existe una percepción negativa de la relación con el médico, ésta interferiría con la adherencia del paciente.

Los medicamentos antirretrovirales rompen con el mito del VIH/SIDA como sinónimo de muerte, dado que, de enfermedad terminal, pasa a convertirse en una enfermedad crónica con la cual es posible convivir. Pese a ello, el régimen de tratamiento, si bien ofrece esperanza real a las personas que sufren de este flagelo, también plantea la necesidad de asumir un compromiso personal ante las demandas de la terapia y a la vez revela la potencialidad individual para aprovechar de manera efectiva su vida.

Dentro de este ámbito, el sida se convierte en un detonante que activa los diversos elementos que conforman el contexto social de referencia de las personas afectadas y ésto, precisamente ofrece un escenario que invita a diversas disciplinas a aportar

conocimientos que se traduzcan en respuestas efectivas, interdisciplinarias e integrales para este segmento de población, por lo que:

“El trabajo social puede definir variables e indicadores claves para valorar el contexto social de referencia y las condiciones psicosociales de los pacientes que ingresarán al protocolo de tratamiento”. ([www.binasss.sa.cr](http://www.binasss.sa.cr))

Otros factores sociales/interpersonales estudiados como obstáculos para la adherencia al tratamiento son el ocultar el diagnóstico y el estigma sin mayores conclusiones al respecto.

#### **5.2.10.4. Factores del sistema de salud**

Los factores del sistema de salud son aquellos relacionados con el acceso a los servicios de salud y las características de la(s) institución(es) en las que el paciente es atendido. Estos factores han sido poco explorados, en la mayoría de los casos se trata de la percepción que el paciente tiene sobre ellos y existe poca evidencia respecto al tema, por lo cual resulta inadecuado concluir al respecto. No obstante, en términos generales, se ha informado que las barreras en el sistema de salud, (medicamentos que cubre el sistema de salud, costos, tramitología excesiva para obtener los ARV, etc.) el acceso a consultas, hospitalización, medicamentos y pruebas pronósticas, las barreras geográficas para acceder al servicio de salud (transporte, ubicación del centro de salud) y la afiliación a la seguridad social, son obstáculos para lograr la adherencia al tratamiento.

#### **5.2.11. Promoción de la salud**

Según la OMS (1986), Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, Ginebra

“La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla. Constituye un proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual. Es el proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud y en consecuencia, mejorarla. La participación es esencial para sostener la acción en materia de promoción de la salud”.  
(OMS)

Para Domenech, P. (2005), la promoción de la salud es:

“El proceso mediante el cual los individuos y las comunidades desarrollan un mayor control sobre los determinantes de la salud y de ese modo, mejoran su estado sanitario. Es un componente de la política de salud, constituye una estrategia que abarca a toda la población y vincula a la gente con su entorno, combinando la elección personal con la responsabilidad social, conectando así a la política con la sociedad. Implica una cooperación estrecha entre todos los sectores de la sociedad, incluido el gobierno, encaminada hacia las causas de la salud, tanto inmediatas como subyacentes”.

La promoción para la salud incluye todas las acciones tendientes a conseguir el completo bienestar físico, mental y social; alimentación adecuada; vivienda digna; educación; empleo; recreación y descanso; y, condiciones ambientales saludables.

Objetivos comunes: Lograr mejoramiento de nivel de salud Impulsar intervenciones de salud pública para modificar riesgos y problemas. Impulsar la reorientación de servicios de salud para incrementar prevención y promoción.

#### **5.2.12. Planificación estratégica de los servicios de salud**

Doctores deliberando en la Universidad de París: La planificación estratégica para servicios de salud, en la actualidad, es la consideración formal del futuro de una organización proveedora de salud.

Allison, M. et als. (2005) en Administración de servicios de salud, manifiestan que:

“La dirección estratégica para los servicios de salud incluye un conjunto de planes conceptuales, operativos e indicativos desarrollados por los altos directores de los distintos servicios de salud para sus organizaciones y, por lo tanto, a menudo forma parte del currículo de carreras de pregrado y posgrado para proveedores y administradores de la salud. La estrategia a seguir suele tener vigencia en el medio plazo, usualmente no más de 5 años. (Pág. 12).

En muchos países, la planificación estratégica es una herramienta administrativa valorada por las organizaciones proveedoras de salud y, por lo general, los modelos usados difieren de los de las fábricas y otras empresas.

Blanco R, J.H. y cols. (2006), expresa que:

“Por lo general y en su forma más simplista, el plan estratégico para los servicios de salud incluye los criterios para la toma de decisiones cotidianas de la organización y, a diferencia de la planificación tradicional, provee el patrón usado para la evaluación de los procedimientos y operaciones necesarias para alcanzar decisiones acertadas. El proceso de desarrollo de la planificación estratégica está fundamentado en la visión del estado futuro de la organización y su ápice estratégico es su coordinación o su dirección”. (Pág. 46)

### **5.2.13. Plan estratégico en salud**

Diagrama de un modelo de planificación estratégico partiendo de la misión de la organización, así lo considera Zuckerman, AM. (2006) en su artículo *Advancing the State of the Art in Healthcare Strategic Planning*, y que:

“Como para cualquier empresa, el plan estratégico de centros de salud suele ser cualitativo, es decir, describe en términos medibles los objetivos de la organización. El plan estratégico es también temporal, enmarcado en intervalos de tiempo concretos y explícitos”. (Pág. 2).

En tal sentido, Li Vargas, J. (2005). *Planificación en los servicios de salud* dice que:

“La planificación en salud es un proceso administrativo y no puramente epidemiológico, cuyo propósito es decidir lo qué se quiere, a dónde se quiere llegar en un tiempo determinado, las acciones que se tomarán, los medios que se utilizarán y los individuos que serán los responsables de llegar hasta donde se desea y alcanzar en una forma más efectiva los objetivos organizacionales del futuro”.

Se hace hincapié en la necesidad de actualizar constantemente los planes estratégicos, lograr la participación de los médicos y el consejo administrativo de la organización, e integrar los planes estratégicos con otros planes de la organización, utilizando elementos protocolares que corresponden al «deber ser» así como elementos estratégicos como el “poder ser”, en una actitud expectativa y anticipativa que permitan la creación de situaciones futuras, intermedias y finales que corresponderían con los objetivos deseables para la organización.

En tal planificación se hace indispensable crear estrategias de mejoramiento, tales como programas, proyectos, planes y actividades de salud encaminadas a mejorar las condiciones en salud de las comunidades, mejorar la calidad de la atención y

dignificar la función de los profesionales y los centros de salud. Se planifica con el ánimo de reducir la incertidumbre sobre la base de un mejor conocimiento de la realidad y la previsión de lo que puede acontecer de mantenerse algunas situaciones. La planificación tiene mucho con la realidad, implica una permanente adopción de decisiones y, después de ejecutados, realiza el seguimiento, creando compromiso con el mejoramiento.

A menudo, a nivel colectivo y social surgen dificultades para la definición de los objetivos, los medios y la provisión de éstos, o sea, para clarificar lo que es la planificación de la salud pública.

Por lo general, la planificación estratégica se emplea como recurso para orientar los esfuerzos de organización, fomenta la participación y el compromiso de los inversionistas y conduce a la consecución de los objetivos estratégicos.

#### **5.2.14. Capacitación**

Flippo, E. (1970), citado por Chiavenato, I. (2007), acentúa en su libro Administración de Recursos Humanos que:

“La capacitación es el proceso educativo de corto plazo, aplicado de manera sistemática y organizada, por medio del cual las personas adquieren conocimientos, desarrollan habilidades y competencias en función de objetivos definidos. La capacitación entraña la transmisión de conocimientos específicos relativos al trabajo, actitudes frente a aspectos de la organización de la tarea y del ambiente, así como desarrollo de habilidades y competencias. Una tarea cualquiera, sea compleja o simple, involucra estos tres aspectos. Dentro de una concepción más limitada, Flippo explica que “la capacitación es el acto de aumentar el conocimiento y la pericia de un empleado para el desempeño de determinado puesto o trabajo”. (Pág. 386)

#### **5.2.15. Contenido de la Capacitación**

El contenido de la capacitación puede incluir cuatro formas de cambio de la conducta, a saber:

La primera: transmisión de la información. El contenido es el elemento esencial de muchos programas de capacitación, es decir, la información que se imparte entre los educandos en forma de un conjunto de conocimientos. Normalmente, la información

es general, preferentemente sobre el trabajo, como información respecto a la empresa, sus productos y servicios, su organización y políticas, las reglas y los reglamentos, etc. También puede involucrar la transformación de nuevos conocimientos.

La segunda: Desarrollo de habilidades. Sobre todo, las habilidades, las destrezas y los conocimientos que están directamente relacionados con el desempeño del puesto presente o de posibles funciones futuras. Se trata de una capacitación orientada directamente hacia las tareas y las operaciones que serán realizadas.

La tercera: Desarrollo o modificación de actitudes. Se busca generalmente la modificación de actitudes negativas de los trabajadores para convertirlas en otras más favorables, como aumentar la motivación o desarrollar la sensibilidad del personal de gerencia y de supervisión en cuanto a los sentimientos y las reacciones de las personas. Puede involucrar la adquisición de nuevos hábitos y actitudes, sobre todo en relación con los clientes o usuarios (como en el caso de la capacitación de vendedores, cajeros, etc.) o técnicas de ventas.

Y, la cuarta: Desarrollo de conceptos. La capacitación puede estar dirigida a elevar la capacidad de abstracción y la concepción de ideas y filosofías, sea para facilitar la aplicación de conceptos en la práctica de la administración, sea para elevar el nivel de generalización para desarrollar gerentes que puedan pensar en términos globales y amplios.

#### **5.2.16. Objetivos**

Los principales son:

Preparar a las personas para la realización inmediata de diversas tareas del puesto.

Brindar oportunidades para el desarrollo personal continuo y no sólo en sus puestos actuales, sino también para otras funciones más complejas y elevadas.

Cambiar la actitud de las personas, sea para crear un clima más satisfactorio entre ellas o para aumentarles la motivación y volverlas más receptivas a las nuevas tendencias de la administración.

### **5.2.17. Programa de capacitación**

Una vez efectuado el diagnóstico de la capacitación, se sigue con la terapéutica, es decir, la elección y la prescripción de los medios de tratamiento para sanar las necesidades señaladas o percibidas. Es decir, una vez efectuada la detección y determinadas las necesidades de capacitación, se pasa a preparar su programa. Este se sistematiza y sustenta en los siguientes aspectos que deben ser identificados durante a detección: Necesidad; Determinación de la necesidad; Área o división; Causa; Inicio; Solución; Medida inicial antes de resolverla; Detección y priorización de necesidad; Duración; Personas y servicios atendidos; Tiempo disponible; Costo; y, Expositores.

### **5.2.18. Planeación de la capacitación**

El programa de capacitación requiere de un plan que incluya lo siguiente: atender una necesidad específica para cada ocasión; definición clara del objetivo de la capacitación; división del trabajo que se desarrollará en módulos, cursos o programas; determinación del contenido de la capacitación; selección de los métodos de capacitación y la tecnología disponible; definición de los recursos necesarios para implementar la capacitación, como tipo de capacitador o instructor, recursos audiovisuales, máquinas, equipos o herramientas necesarios, materiales, manuales, entre otros; definición de la población meta, es decir, las personas que serán capacitadas: a) número de personas; b) tiempo disponible; c) grado de habilidad, conocimientos y tipos de actitudes; y, d) características personales de conducta; lugar donde se efectuará la capacitación, con la consideración de las opciones siguientes: en el puesto, fuera del puesto, pero dentro de la empresa y fuera de la empresa; tiempo o periodicidad de la capacitación, horario u ocasión propicia; cálculo de la relación costo-beneficio del programa; y, control y evaluación de los resultados para revisar los puntos críticos que demandan ajustes y modificaciones al programa a efecto de mejorar su eficacia.

La planeación se deriva del diagnóstico de las necesidades de capacitación,. Por lo general, los recursos y las competencias puestos a disposición de la capacitación se relacionan con la problemática diagnosticada.

### **5.2.19. Evaluación de los resultados de la capacitación**

La etapa final del proceso de capacitación es la evaluación de los resultados obtenidos. El programa de capacitación debe incluir la evaluación de su eficiencia, la cual debe considerar dos aspectos: 1) Constatar si la capacitación ha producido las modificaciones deseadas en la conducta de los empleados; y, 2) verificar si los resultados de la capacitación tienen relación con la consecución de las metas de la empresa.

Además de estas dos cuestiones se debe constatar si las técnicas de capacitación son eficaces para alcanzar los objetivos propuestos, por lo que Chiavenato, I. (2007), dice que:

“La evaluación de los resultados de la capacitación se pueden hacer en tres niveles a saber: 1) Evaluación a nivel organizacional (resultados: aumento de la eficacia organizacional, mejora de la imagen de la empresa, del clima organizacional y en la relación entre empresa-empleados, apoyo del cambio de innovación, aumento de la eficiencia); 2) Evaluación a nivel de los recursos humanos (resultados: reducción de rotación de personal y del ausentismo, aumento de la eficiencia individual de los empleados, aumentos del conocimiento de las personas, y, cambio de actitudes y conductas de las personas); y, 3) Evaluación a nivel de las tareas y operaciones (resultados: aumento de la productividad, mejora en la calidad de los productos, servicios en la atención al cliente, reducción del flujo de la producción y del índice de accidentes, y, reducción del índice de mantenimiento de máquinas y equipos, entre otros)”.(Pág. 403-404).

### **5.2.20. El trabajo en equipo**

Muchas de las tareas en las organizaciones están fuera del alcance de la capacidad de una sola persona. El éxito administrativo se obtiene principalmente del triunfo en la movilización, dirección y apoyo a las personas mientras trabajan en grupo. Los nuevos diseños y culturas organizacionales así lo requieren, del mismo modo que exigen un compromiso total hacia la delegación de autoridad y la participación del empleado. Un equipo es un pequeño grupo de personas que poseen habilidades complementarias, que trabajan juntas para alcanzar un propósito común, mientras que se consideran mutuamente responsables de los resultados de su desempeño, tal y como lo dice Schermerhorn, J. (2011), y, además dice que:

“El trabajo en equipo es el proceso de personas trabajando juntas para alcanzar esos objetivos; y, que los administradores deben desempeñar por lo menos cuatro importantes papeles a fin de dominar cabalmente los desafíos de los equipos y el trabajo en equipo. Estas funciones, junto con sus ejemplos, son: 1) de líder o supervisor de equipo, que funge como jefe designado de un equipo o unidad de trabajo; 2) de facilitador, que sirve de líder copartícipe y eje de la red para una fuerza o tarea especial; 3) de participante, que sirve como un miembro útil que contribuye a un equipo de proyecto; y, 4) de coach, que sirve de coordinador o socio externo de un equipo de solución de problemas que fue creado por otros”. (Pág. 397).

### **5.2.21. Cambio cultural en la organización**

Según Alles, M. (2011), el comportamiento es el cambio de conducta de los individuos en el ámbito de la organización, y, considera que:

“El cambio cultural, el cambio en la relación con el comportamiento organizacional, puede ser algo pensado y deseado o, por el contrario, puede ser la consecuencia de un cambio de otra índole que implique cambio cultural. Los cambios pueden derivar de situaciones positiva, como algunas de las mencionadas, o problemas internos: entre sectores, situaciones conflictivas diversas, resultados negativos de mediciones de clima organizacional, etc.” (Pág. 469).

### **5.2.21. Recurso humano en salud.**

La OPS, (2007), en su libro la transformación de la gestión de hospitales en América Latina y El Caribe, indica que:

“El trabajo en salud conlleva una relación directa entre el recurso humano y la población. En esta relación, el conocimiento científico y técnico que posee el profesional debe permitirle actuar como intérprete de las necesidades de salud de la comunidad. Este carácter de interprete exige al recurso humano una adecuada preparación para desempeñar una compleja intermediación, que, de cumplirse adecuadamente, proyecta su protagonismo en la formulación de cualquier propuesta de acción y cambio que se plantee. Ya no es posible pensar en procesos de cambio en salud o en formas modernas de gerencia hospitalaria que no consideren la necesaria participación y acción de sus recursos humanos”. (Pág. 224).

### **5.2.22. Coordinación**

Gerenciar una gran organización significa afrontar una variedad de factores técnicos, además de una diversidad de comportamientos humanos. Al principio esa diversidad lleva a una imagen de contradicción, cuando se piensa en la organización como algo

integrado u ordenado. Un hospital no es una maquina ni un organismo. Las analogías de un hospital con máquinas, organismos u otras instituciones, tan frecuentes en el sentido común de la gente, no reflejan la verdad de la vida de la organización.

La organización es una construcción humana arbitraria y abstracta que se convierte en una realidad específica por la acción de sus miembros. La construcción se lleva a cabo normalmente con una base lógica y racional, a partir de una intención explícita de alcanzar su objetivo. Mientras tanto, cuando se designa papeles y funciones a seres humanos que deben responder por la acción integrada dentro de la organización, no se elimina de la gente sus diversas personalidades, percepciones y concepciones sobre la realidad, ni sus hábitos, valores o formas de compromiso.

La función gerencial que busca esa integración es la función de coordinar. La coordinación tiene como objetivo reunir los diversos factores organizativos e integrar personas que son separadas deliberadamente y arbitrariamente y arbitrariamente. La coordinación se hace una necesidad pues la vida de la organización es un constante desvío de lo deseado: las discrepancias de acciones administrativas y de comportamientos individuales son inherentes a la vida de la organización. Estas discrepancias, a veces definidas como verdaderas paradojas, pueden explicarse por los factores abajo mencionados y que, en la práctica, constituyen verdaderos desafíos a la coordinación.

### **5.2.23. Coordinación interdepartamental**

Coordinar el proceso de ingreso y egreso de pacientes tanto por Urgencias como por Hospitalización, agilizando los tiempos de asignación de camas, revisión del llenado completo y correcto de expedientes clínicos así como la orientación a familiares y pacientes. Es fundamental coordinar con los distintos departamentos los distintos trámites y procedimientos que se realizan en su área.

Para cada departamento se elaborará una ficha informativa con los datos generales del servicio o negociado. Además se elaborarán otras fichas de trámites en las que se describían detalladamente cada procedimiento que se tramita en cada departamento (plazos para solicitar y para resolver los trámites, efectos del silencio

administrativo, documentación, lugar de solicitud, normativa aplicable, modelo de solicitud asociado...). Al terminar esta actividad, será necesario realizar una difusión interna explicando los resultados (cartas de servicios, documentos tipos y coordinación entre departamentos) con el objetivo de generar una cultura de calidad en la organización y transmitir los nuevos servicios y compromisos que asumen.

#### **5.2.24. Las necesidades de coordinación / colaboración**

Un elemento importante dentro de una organización, es la consecuente coordinación/colaboración/cooperación entre servicios capaz de ofrecer una respuesta eficaz a la situación específica de exclusión o riesgo de una persona concreta. Los servicios sociales configuran el recurso público que ejerce habitualmente esta responsabilidad, por lo que se considera que:

González G, E. (2012) en el informe La coordinación, el liderazgo y el trabajo en red para la inclusión activa en el ámbito local, indica que:

“Efectivamente, los servicios públicos están en muchas ocasiones excesivamente departamentalizados y se muestran incapaces de desarrollar el potencial sinérgico que una actuación conjunta podría alcanzar. Por otra parte, el estado de descentralización de todas estas políticas plantea un panorama complejo y desigual: algunas competencias relevantes en este contexto están situadas en el nivel central (prestaciones de desempleo, pensiones), muchas en el nivel autonómico (salud, educación, políticas activas de empleo, vivienda) aunque coordinadas a nivel nacional con la excepción de los servicios sociales, y entre éstas, algunas situadas entre el nivel autonómico y local, según la opción que la respectiva comunidad haya tomado en cuanto a la delegación de competencias en el nivel local”. (Pág. 4).

La coordinación interdepartamental es una responsabilidad que en ocasiones trasciende las competencias de dichos departamentos, en el sentido de que ellas no pueden exigirla del resto, sino como mucho proponerla. Los esfuerzos pueden resultar vanos ante la falta de respuesta de los demás.

No hay coincidencia total de opiniones, como es de esperar en un ejercicio de esta naturaleza, ni han de entenderse éstas como excluyentes entre sí. Tampoco la solvencia de todas ellas es la misma, ya que su grado de ejecución varía, desde el de opciones experimentadas al de meras ideas cuya operatividad no está probada.

## CAPÍTULO II

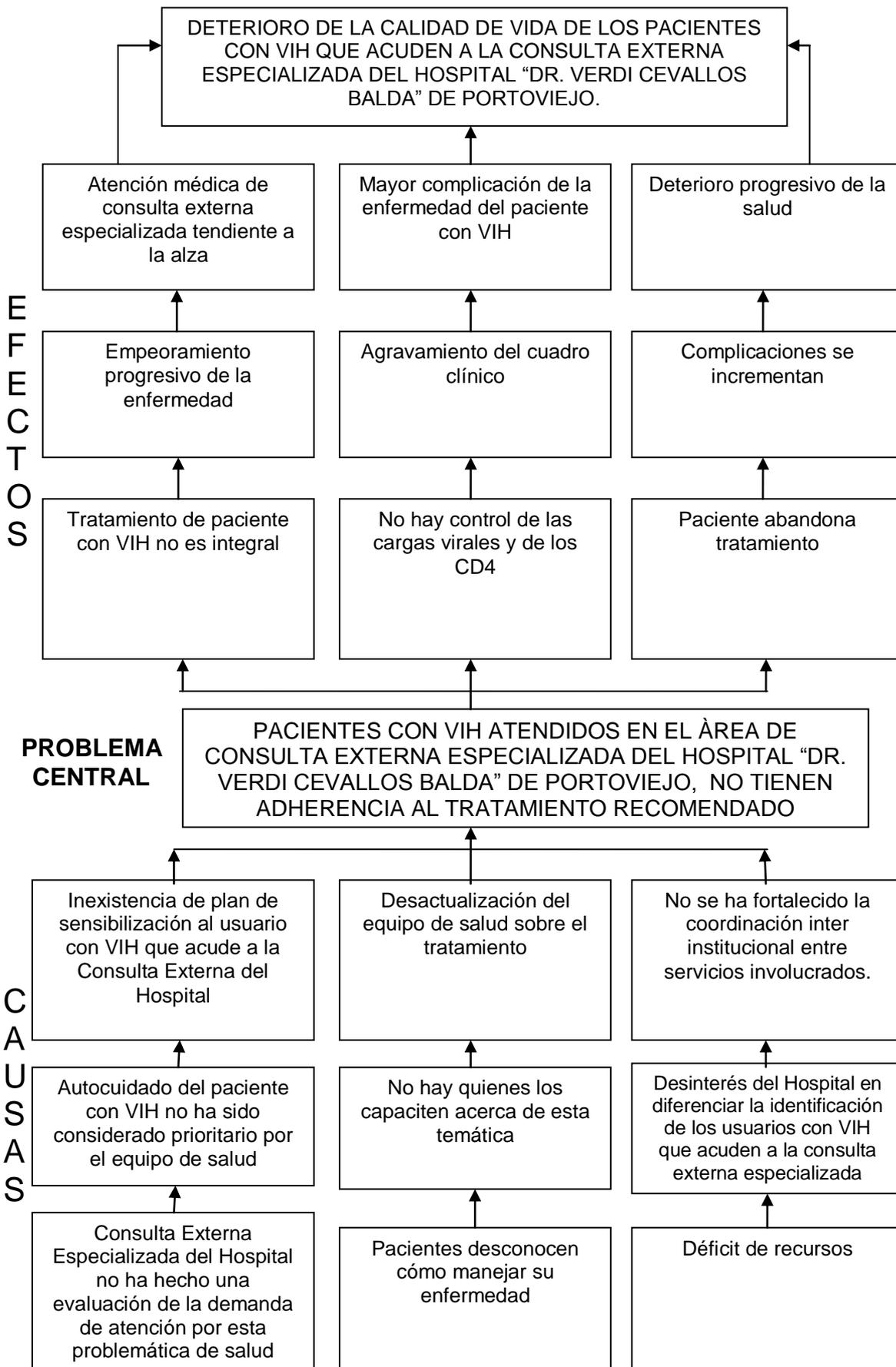
### DISEÑO METODOLÓGICO

#### 6.1. Análisis de Involucrados

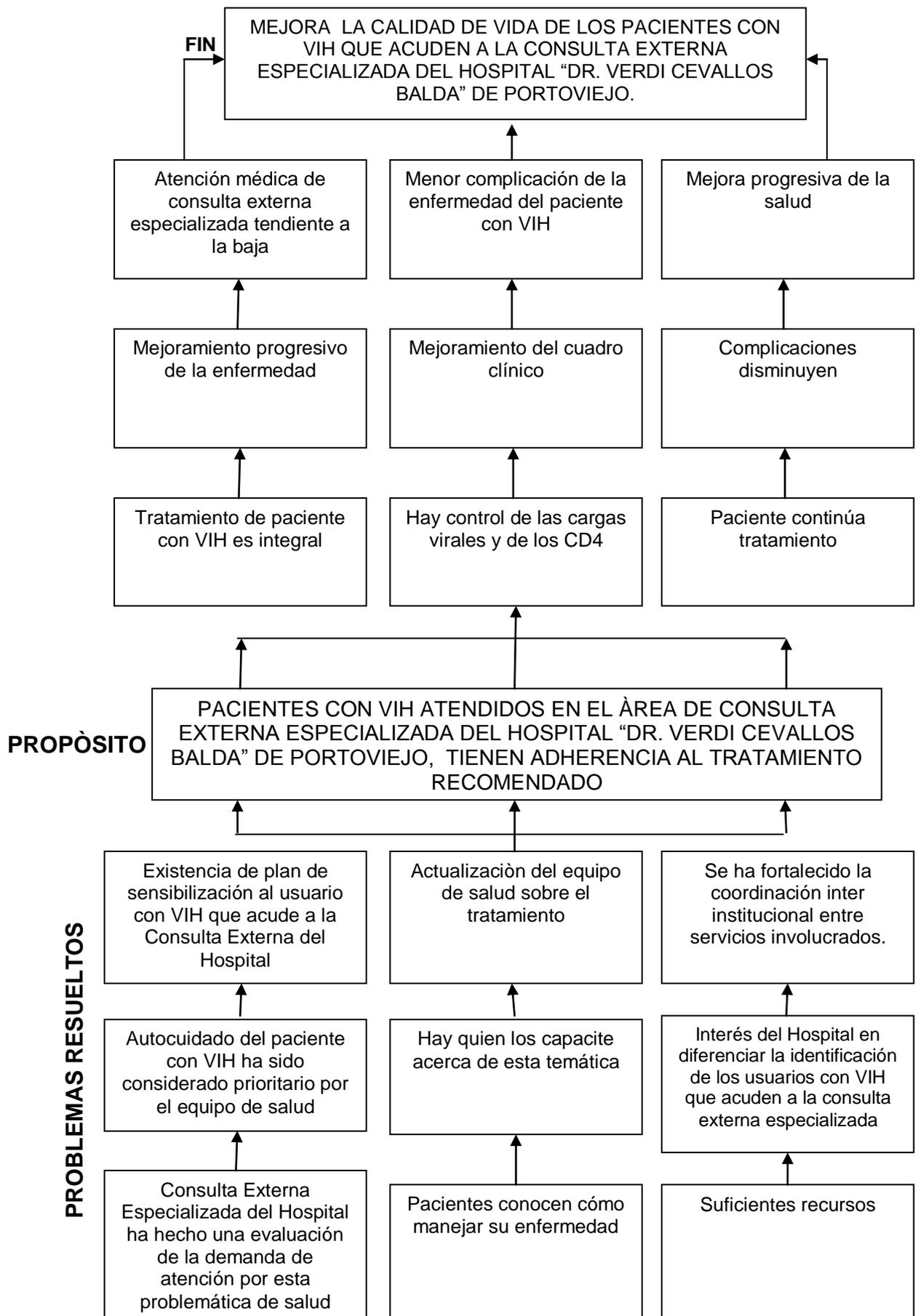
GRUPOS Y/O INSTITUCIONES	INTERESES	RECURSOS Y MANDATOS	PROBLEMAS PERCIBIDOS
- Director Médico del Hospital “Dr. Verdi Cevallos Balda” de Portoviejo.	- Disminuir riesgos de complicaciones	<b>Recursos:</b> Humanos y Materiales <b>Mandato:</b> “Ser una unidad de salud sin fines de lucro, promueve condiciones de vida, salud, población manabita, mediante la prevención promoción, curación y rehabilitación conjunta de entidades y actores sociales del sector, garantizando la atención eficiente o de calidad especialmente a los grupos más vulnerables y de mayor riesgo” (Misión)	- Desinterés gerencial - Incumplimiento de programas - Hospital no prioriza problemas de atención a grupos vulnerables.
- Personal Médico del Hospital de Portoviejo	- Capacitarse sobre consejería a pacientes con VIH/SIDA.	<b>Recursos:</b> Humanos y Materiales <b>Mandato:</b> El paciente tiene derecho a obtener de su médico toda la información disponible relacionada con su diagnóstico, tratamiento y pronóstico, en términos razonablemente comprensibles para él. Cuando médicamente no	- Personal médico desactualizado. - No hay capacitación permanente. - Desinterés por capacitarse - No existen programas de educación continua.

		<p>sea aconsejable comunicar esos datos al paciente, habrá de suministrarse dicha información a una persona adecuada que lo represente. El paciente tiene derecho a saber el nombre completo del médico responsable de coordinar su atención (Art. 2.- Derecho del paciente hospitalizado).</p>	
- Pacientes	- Mejorar su estándar de vida.	<p><b>Recursos:</b> Humanos y Materiales</p> <p><b>Mandato:</b></p> <p>- Recibir una atención sanitaria integral a sus problemas de salud, dentro de un funcionamiento eficiente de los recursos sanitarios disponibles.</p>	<p>- Paciente no se adhiere al tratamiento médico.</p> <p>- No existe comunicación entre usuarios y hospital</p> <p>- Pacientes totalmente desinformadas acerca de cómo manejar su enfermedad.</p>
- Maestrante	- Aplicación de un plan de sensibilización para pacientes con VIH/SIDA que asisten al Hospital "Dr. Verdi Cevallos Balda" de Portoviejo en busca de atención.	<p><b>Recursos</b> Humanos, Materiales, y Económicos</p> <p><b>Mandato:</b></p> <p>- Cumplir la misión de la UTPL: "Buscar la verdad y formar al hombre, a través de la ciencia, para que sirva a la sociedad".</p>	<p>- Personal no ha sido actualizado</p> <p>- Usuarios con falta de información</p> <p>- No existe programa de consejería para pacientes con VIH/SIDA.</p>

## 6.2. Árbol de problemas



### 6.3. Árbol de objetivos



#### 6.4. Matriz de Marco Lógico

OBJETIVOS	INDICADORES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
<p><b>FIN</b></p> <p>Contribuir a mejorar la calidad de vida de los pacientes con VIH que asisten a la Consulta Externa Especializada del Hospital “Dr. Verdi Cevallos Balda” de Portoviejo.</p>	<p>Hasta el 30/12/2013. El 100% de la calidad de vida de los pacientes con VIH/Sida que asisten a la Consulta Externa Especializada del Hospital “Dr. Verdi Cevallos Balda” de Portoviejo, mejorada.</p>		<p>Motivación y compromiso de pacientes en el cambio de actitud hacia el cuidado de su salud.</p>
<p><b>PROPÓSITO</b></p> <p>Pacientes con VIH/SIDA atendidos en el área de Consulta Externa Especializada del Hospital “Dr. Verdi Cevallos Balda” de Portoviejo, tienen adherencia al tratamiento recomendado.</p>	<p>Hasta 31/10/2012, el 90% de los pacientes con VIH/SIDA atendidos en consulta externa del Hospital “Dr. Verdi Cevallos Balda” de Portoviejo, con adherencia al tratamiento recomendado.</p>	<p>Plan de sensibilización Registros Evidencias fotográficas H. Cl. Informes mensuales.</p>	<p>Grupo de pacientes con VIH y equipo de salud, participando activamente en el proyecto.</p>

<b>RESULTADOS</b>			
<b>RESULTADO 1</b>			
Plan de sensibilización a pacientes con VIH/SIDA atendidos en consulta externa del hospital, diseñado y aplicándose.	Hasta 31/08/2012 se diseña y aplica en un 100%, el plan de sensibilización para pacientes con VIH/SIDA.	Plan de sensibilización para pacientes con VIH Evidencias fotográficas.	Personal de consulta externa y paciente con VIH, establecen comunicación efectiva para potenciar la sensibilización de su enfermedad.
<b>RESULTADO 2</b>			
Personal de salud actualizado sobre manejo del tratamiento del paciente con VIH/SIDA.	Hasta 30/09/2012, 100% de personal de salud actualizado en manejo de pacientes con VIH/SIDA que acuden a la consulta externa especializada.	Plan de capacitación Evidencias fotográficas Notas de prensa Registros de asistencia Certificados Evaluación de la capacitación Encuesta de satisfacción	Equipo de salud motivado en mejorar la calidad de vida del paciente con VIH/SIDA.
<b>RESULTADO 3</b>			
Coordinar acciones entre Consulta Externa y Dpto. Infectología y Dpto. VIH/Sida.	Hasta el 31/10/2012, 90% de las acciones con Consulta Externa, Dpto. Infectología y Dpto. VIH/Sida, coordinadas.	Firma de Acta de compromiso Evidencias fotográficas Informes	Compromiso de participación en la ejecución del proyecto por parte de los Departamentos involucrados.

ACTIVIDADES	RESPONSABLES	CRONOGRAMA	RECURSOS/ PRESUPUESTO
<b>RESULTADO 1: Plan de sensibilización a pacientes con VIH/SIDA atendidos en consulta externa del hospital, diseñado y aplicándose.</b>			
1.A. Reunión con el Director Médico del Hospital, para solicitar autorización para desarrollar el proyecto.	Maestrante Director Médico del Hospital	02/08/2012	Convocatoria \$ 2.00 Copia del proyecto \$20.00 Registro asistencia \$2.00 Insumos de oficina \$20.00
2.A. Caracterizar al grupo de pacientes a sensibilizar	Maestrante	13-17/08/2012	Internet \$10.00 Libros \$10.00 Revistas \$5.00 Folletos \$1.00 Ev. Fotográficas \$10.00
3.A. Elaboración de Plan de sensibilización sobre adherencia al tratamiento. <b>Temas:</b> - Definición de adherencia - Factores que influyen en la adherencia - Métodos para valorar la adherencia - Estrategias para mejorar la adherencia al tratamiento	Maestrante	20-24/08/2012	Documento con esquema del plan de sensibilización. \$10.00

<p>antirretroviral</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Recomendaciones para la prescripción</li> <li>- Programa de atención farmacéutica</li> </ul>			
<p>4.A. Sensibilización a usuarios</p>	<p>Maestrante Usuarios</p>	<p>27-31/08/2012</p>	<p>Plan de sensibilización para pacientes con VIH \$10.00</p> <p>Evidencias fotográficas \$5.00</p>
<p><b>RESULTADO 2: Personal de salud actualizado sobre manejo del tratamiento del paciente con VIH/SIDA.</b></p>			
<p>1.B. Elaboración del programa de capacitación sobre manejo del paciente con VIH/Sida.</p> <p><b>Temas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Adherencia al tratamiento</li> <li>- Factores que influyen en la adherencia</li> <li>- Atención integral al paciente con VIH/Sida</li> <li>- Métodos para valorar la adherencia</li> <li>- Estrategias para mejorar</li> </ul>	<p>Maestrante</p>	<p>6/09/2012</p>	<p>Programa capacitación \$5.00</p>

<p>la adherencia al tratamiento</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Programa de atención farmacéutica</li> <li>- Como se debe cumplir el tratamiento</li> <li>- Métodos para conseguir adherencia en el tratamiento</li> <li>- Calidad de atención al paciente con VIH/Sida</li> <li>- Atención integral al paciente con VIH/Sida</li> <li>- Importancia de la adherencia al tratamiento</li> <li>- Sensibilización a pacientes con VIH/Sida</li> </ul>			
<p>2.B. Presentación del programa a Dirección del Hospital y Líder del Subproceso de Consulta Externa.</p>	<p>Maestrante Director Médico del Hospital Líder de consulta externa</p>	<p>10-11/09/2012</p>	<p>Documento con programa de capacitación.  \$10.00</p>

<p>3.B. Organización del evento</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaboración de material didáctico</li> <li>- Búsqueda de expositores, ambiente y equipos tecnológicos.</li> <li>- - Contratación de refrigerios.</li> </ul>	<p>Maestrante</p>	<p>12-14/09/2012</p>	<p>Oficios a expositores \$2.00</p> <p>Oficios ambiente \$1.00</p> <p>Invitaciones \$10.00</p> <p>Convocatorias \$ 5.00</p> <p>Evidencia fotográfica. \$ 5.00</p>
<p>4.B. Ejecución y evaluación del plan de capacitación</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cronograma de capacitación.</li> </ul>	<p>Maestrante</p> <p>Coordinador de consulta externa</p> <p>Facilitadores</p>	<p>17-31/09/2012</p>	<p>Lista de asistencia \$2.00</p> <p>Evidencia fotográficas \$5.00</p> <p>Folletos informativos \$3.00</p>
<p><b>RESULTADO 3: Acciones entre Consulta Externa, Dpto. Infectología y Dpto. VIH/Sida, coordinadas.</b></p>			
<p>3.A. Reunión con Líderes de Consulta Externa, Dpto. Infectología y Dpto. VIH para coordinar acciones</p>	<p>Líder de Consulta Externa</p> <p>Líder Dpto. Infectología</p> <p>Líder Dpto. VIH/Sida</p> <p>Maestrante</p>	<p>03/10/2012</p>	<p>Oficios \$2.00</p> <p>Acta de reunión \$2.00</p>
<p>3.B. Organizar y ejecutar ciclos de conferencias para el equipo de salud de estas áreas sobre habilidades</p>	<p>Maestrante</p>	<p>8-19/10/2012</p>	<p>Plan de conferencias \$ 5.00</p> <p>Material de oficina \$50.00</p>

<p>comunicativas.</p> <p><b>Temas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La comunicación como habilidad gerencial y comunicación como proceso técnicas de comunicación interpersonal y principios del dialogo</li> <li>- Etapas y técnicas de la comunicación efectiva</li> <li>- La comunicación en el trabajo de equipo</li> </ul>			
<p>3.C. Atención programada</p>	<p>Maestrante</p>	<p>22-24/10/2012</p>	<p>Programa de atención \$2.00 Evidencias fotográficas \$5.00</p>
<p>3.4. Diseñar material informativo (trípticos) para pacientes con VIH/Sida</p>	<p>Maestrante Equipo de salud</p>	<p>25-31/10/2012</p>	<p>Evidencias fotográficas \$5.00</p>

## CAPÍTULO III

### RESULTADOS

#### 3.1. RESULTADO 1

##### 3.1.1. Plan de sensibilización a pacientes con VIH/sida atendidos en consulta externa del hospital, diseñado

##### 3.1.1.1. Actividad 1. Reunión con el Director Médico del Hospital, para solicitar autorización para desarrollar el proyecto.

El 02 de Agosto/2012, mediante oficio solicité al Director Médico del Hospital Dr. Gene Alarcón, una reunión para informar sobre el proyecto a desarrollarse. En esta reunión se autorizó la ejecución del proyecto y mediante acta, el Director Médico del Hospital, comprometió su gestión para la buena marcha del mismo.



**Foto No. 1.-** Director del Hospital firmando el Acta de compromiso

##### 3.1.1.2. Actividad 2. Caracterizar al grupo de pacientes a sensibilizar

Desde el 13 hasta el 17 de Agosto/2012, se realizó la caracterización del grupo de pacientes a sensibilizar. El grupo de pacientes se lo definió mediante el estudio de las H. Clínicas del Área de Consulta Externa del Hospital; y, quedó conformado de la siguiente manera: 14 pacientes de Rocafuerte; 23 pacientes de Portoviejo; 15 de

Sucre-Bahía de Caràquez; 12 de Manta; 9 de Jipijapa; 6 de Santa Ana; 3 de Chone; y, 5 de Tosagua. En total participaron en la sensibilización 87 pacientes con problemas de no adherencia al tratamiento del VIH/Sida.

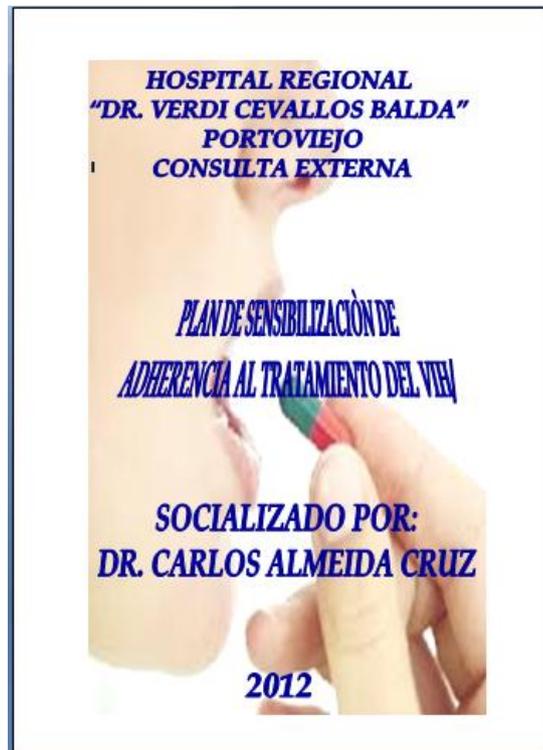


**Fotografía No. 2.-** Dr. Carlos Almeida, definiendo a los pacientes con VIH/sida de Consulta Externa para sensibilizarlos.

### **3.1.1.3. Actividad 3. Elaboración de Plan de sensibilización sobre adherencia al tratamiento.**

El diseño del plan de sensibilización, se inició con una amplia revisión bibliográfica, para ello se invitó al equipo de profesionales que laboran en Consulta Externa, solicitándoles traer bibliografía que permita desarrollar una propuesta real e innovadora. Se revisó información de fuentes como la web, folletos y documentos habilitantes.

Esta actividad se realizó entre los días 20 al 24 de Agosto/2012, logrando dejar culminado en su totalidad el plan para después revisarlo definitivamente e imprimirlo para su posterior entrega.



**Lámina No. 3.-** Plan de sensibilización

#### **3.1.1.4. Actividad 4. Sensibilización a usuarios**

Con fecha desde el 27 hasta el 31 de Agosto/012, se logró reunir a 52 miembros de los 87 pacientes para sensibilizarlos acerca de la adherencia al tratamiento, mediante charlas educativas, concienciando de esta manera a los usuarios.



**Fotografía No. 3.-** Pacientes que acuden a la Consulta Externa durante la sensibilización.

## 3.2. RESULTADO 2

### 3.2.1. Personal de salud actualizado sobre manejo del tratamiento del paciente con VIH/SIDA.

#### 3.2.1.1. Actividad 1.- Elaboración del programa de capacitación sobre manejo del tratamiento del paciente con VIH/SIDA.

El 6 de Septiembre/2012, para el desarrollo del proceso de actualización sobre el manejo del tratamiento del paciente con VIH/Sida al personal de salud que labora en Consulta Externa, se elaboró un programa de capacitación. Además, fue necesario concretar la colaboración de expositores reconocidos en el ámbito médico, y con gran conocimiento sobre el tema, tales como: Dra. Maribel Barriga; y Dr. Álvaro Ponce, entre otros. El programa de capacitación quedó estructurado de la siguiente manera:

#### Cuadro No. 2

#### CRONOGRAMA DE CAPACITACIÓN

#### “ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON VIH/SIDA”

Dirigido al equipo de salud del Hospital “Dr. Verdi Cevallos Balda” del Cantón Portoviejo

TEMA	FECHA	HORA	EXPOSITOR	ACTIVIDADES	MATERIALES
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO PARA PACIENTES CON VIH/SIDA.	17/09/2012	08H30 a 12H30	Dra. Maribel Barriga		
FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO PARA PACIENTES CON VIH/SIDA	17/09/2012	08H30 a 12H30	Dr. Ángel I. Alcívar Bravo.	Técnica Motivacional Charlas Trabajos en grupo	Recursos humanos Papelògrafos Infocus Materiales de imprenta. Diapositivas
ATENCIÓN INTEGRAL AL PACIENTE CON VIH/SIDA	20/09/2012	08H30 a 12H30	Dr. Melitón García Cañarte	Exposición y plenarias.	

MÉTODOS PARA VALORAR LA ADHERENCIA	21/09/2012	08H30 a 12H30	Dra. Marcia Hinojosa		
ESTRATEGIAS PARA MEJORAR LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO	24/09/2012	08H30 a 12H30	Dr. Carlos Almeida Cruz.		
PROGRAMA DE ATENCIÓN FARMACÈUTICA	25/09/2012	08H30 a 12H30	Dr. Eduardo Morales M.		
COMO SE DEBE CUMPLIR EL TRATAMIENTO	26/09/2012	08H30 a 12H30	Dr. Freddy Menéndez		
MÉTODOS PARA CONSEGUIR ADHERENCIA EN EL TRATAMIENTO	26/09/2012	08H30 a 12H30	Dr. Álvaro Ponce P.		
CALIDAD DE ATENCIÓN AL PACIENTE CON VIH/SIDA	27/09/2012	08H30 a 12H30	Dr. Javier Vallejo		
ATENCIÓN INTEGRAL AL PACIENTE CON VIH/SIDA	27/09/2012	08H30 a 12H30	Dra. Karina Encalada		
IMPORTANCIA DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO	28/09/2012	08H30 a 12H30	Dra. Carlina Delgado U.		
SENSIBILIZACIÓ N A PACIENTES CON VIH/SIDA	28/09/2012	08H30 a 12H30	Dr. Jonathan Vera		

### 3.2.1.2. Actividad 2.- Presentación del programa a Dirección del Hospital y Líder del Subproceso de Consulta Externa.

El 11 de Septiembre/2012, previa convocatoria se procede a presentar a la Dirección del Hospital y al Líder del Subproceso Consulta Externa, el Plan de Capacitación, para su respectivo análisis y aprobación.



**Fotografía No. 4.-** Dr. Jorge Vera, Líder Consulta Externa, y Dr. Carlos Almeida C. durante la presentación del Programa.

### 3.2.1.3. Actividad 3.- Organización del evento

Los días 12 y 14 de Septiembre/2012, se organiza el evento capacitatorio, redactando oficios, elaborando material didáctico, buscando expositores, y, preparando el material audiovisual para este evento.



**Fotografía No. 5.-** Organización del evento capacitatorio

#### **3.2.1.4. Actividad 4.- Ejecución y evaluación del plan de capacitación**

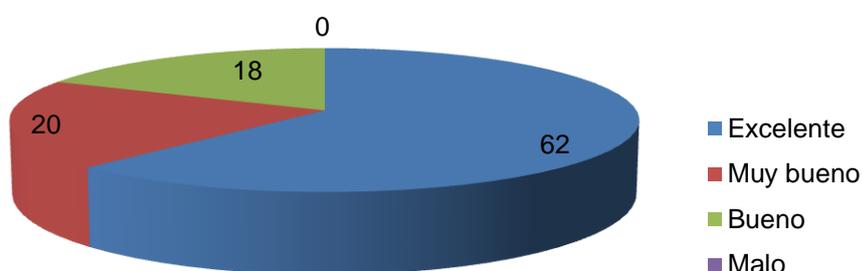
Esta actividad se llevó a cabo del 17 al 31 de Septiembre/2012. Para el desarrollo de esta tarea se preparó y entregó el material didáctico y una copia del Plan de Capacitación a los expositores. Antes de iniciar este proceso se hicieron varias actividades de motivación como un diálogo ameno entre todos, acto que estuvo a cargo del Maestrante, esta estrategia permitió una mejor comunicación.

Antes de la clausura del plan de capacitación sobre la adherencia al tratamiento para pacientes con VIH/Sida para el equipo de salud que labora en Consulta Externa del Hospital "Dr. Verdi Cevallos Balda", se le realizó una pequeña encuesta el día 31 de Septiembre del 2012, luego se receptan las hojas para su valoración y unificación de datos y esto arrojaron resultados que a continuación detallo por preguntas en representación gráfica y porcentajes.

### Cuadro No. 3

Distribución de la opinión de los asistentes a la capacitación sobre Adherencia al tratamiento para pacientes con VIH/Sida, referente a los objetivos planteados dentro del programa.

<b>Los objetivos planteados fueron:</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Excelente	31	62
Muy bueno	10	20
Bueno	9	18
Malo	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>100</b>



Fuente: Encuesta aplicada a los asistentes a la capacitación

Elaboración: Dr. Carlos Almeida Cruz, Maestrante UTPL

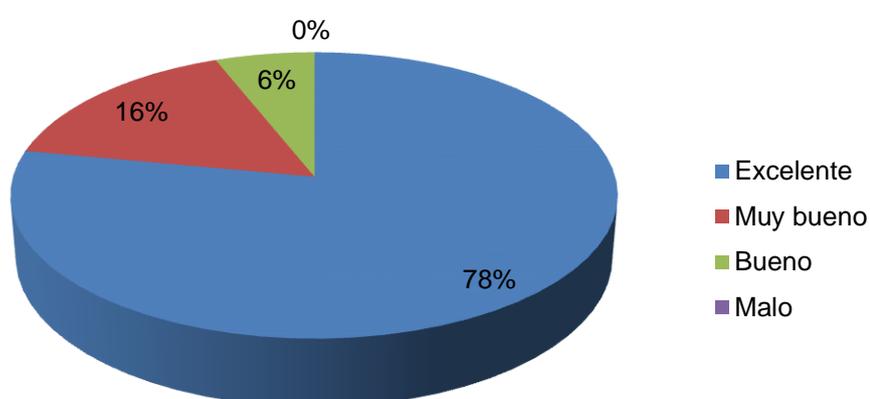
#### **Análisis:**

De acuerdo a los datos resultados de las encuestas aplicadas a los asistentes a la capacitación, de un total de 50 asistentes, el 62% (31 personas) consideraron que ésta fue excelente; el 20% (10) dijeron que fue muy buena; un 18% (9) manifestaron que fue buena; y, ninguna persona acentuó que había sido mala.

#### Cuadro No. 4

Distribución de la opinión de los asistentes a la capacitación sobre Adherencia al tratamiento para pacientes con VIH/Sida, referente a la organización general del contenido

La organización general del contenido fue:	F	%
Excelente	39	78
Muy bueno	8	16
Bueno	3	6
Malo	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>100</b>



Fuente: Encuesta aplicada a los asistentes a la capacitación

Elaboración: Dr. Carlos Almeida Cruz, Maestrante UTPL

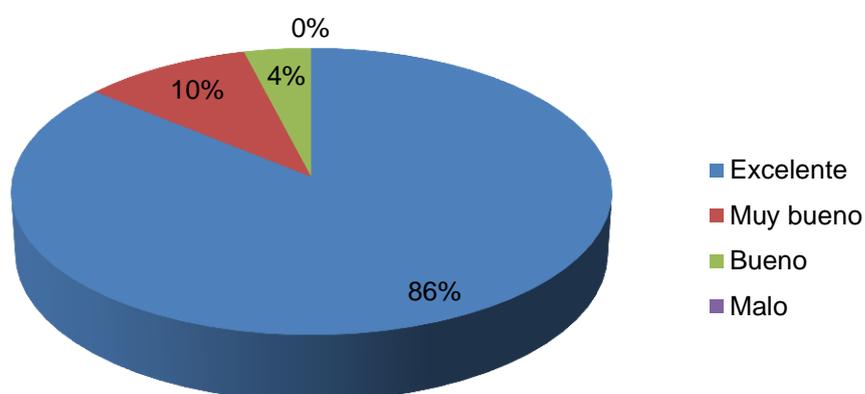
#### Análisis:

Los resultados de las encuestas aplicadas nos demuestran que, el 78% de los asistentes a la capacitación manifestaron que la organización general del contenido fue excelente; un 16% dijo que fue muy bueno; y, el 6% dijo que era buena. Ninguno manifestó insatisfacción.

### Cuadro No. 5

Distribución de la opinión de los asistentes a la capacitación sobre Adherencia al tratamiento para pacientes con VIH/Sida, referente al entorno de la capacitación.

El entorno de la capacitación fue:	F	%
Excelente	43	86
Muy bueno	5	10
Bueno	2	4
Malo	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>100</b>



Fuente: Encuesta aplicada a los asistentes a la capacitación

Elaboración: Dr. Carlos Almeida Cruz, Maestrante UTPL

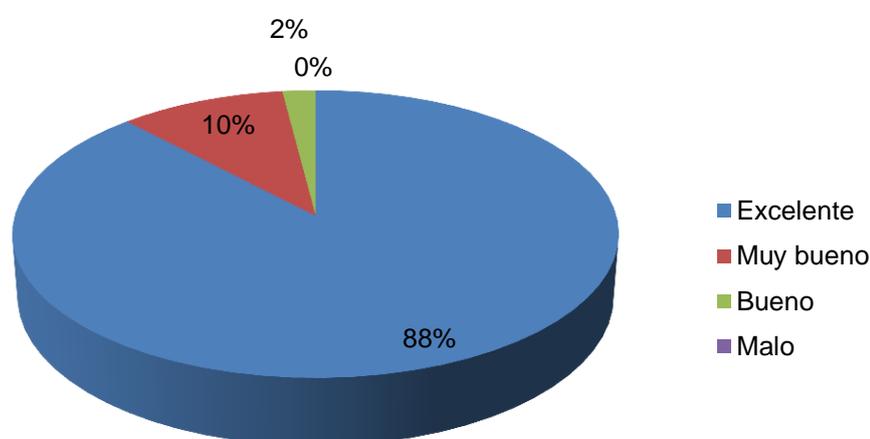
#### Análisis:

Los datos proporcionados en las encuestas aplicadas a los asistentes a las conferencias capacitatorias nos indican que el 86% de ellos dicen que fue excelente; el 10% dicen que fue muy bueno; y, el 4% dice que fue bueno. Ningún asistente se quejó de la capacitación.

### Cuadro No. 6

Distribución de la opinión de los asistentes a la capacitación sobre Adherencia al tratamiento para pacientes con VIH/Sida, referente al uso e idoneidad del material impreso de apoyo al contenido del programa.

<b>Utilidad del material impreso:</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Excelente	44	88
Muy bueno	5	10
Bueno	1	2
Malo	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>100</b>



Fuente: Encuesta aplicada a los asistentes a la capacitación

Elaboración: Dr. Carlos Almeida Cruz, Maestrante UTPL

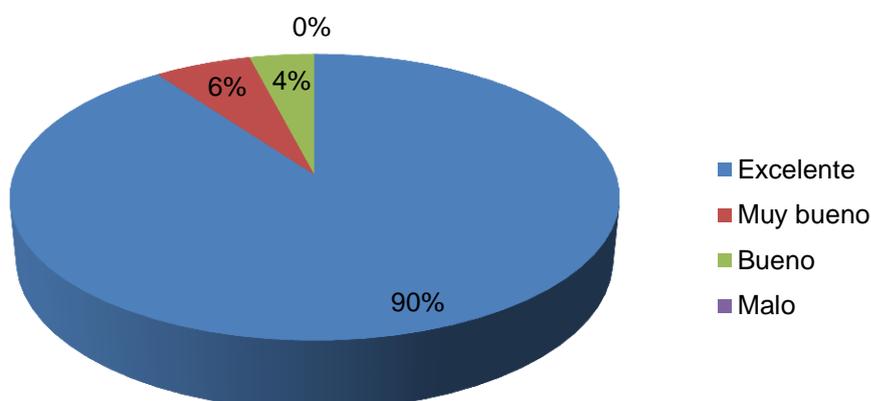
#### **Análisis:**

En lo referente al uso e idoneidad del material impreso de apoyo al contenido del programa; los datos proporcionados en las encuestas aplicadas a los asistentes a las conferencias capacitatorias, el 88% indican que fue excelente; el 10% dicen que fue muy bueno; y, el 2% dice que fue bueno. No hubo quejas.

### Cuadro No. 7

Distribución de la opinión de los asistentes a la capacitación sobre Adherencia al tratamiento para pacientes con VIH/Sida, referente a los elementos audiovisuales utilizados para apoyar y complementar el contenido del programa de capacitación.

<b>Los elementos audiovisuales utilizados para apoyar y complementar el contenido del programa de capacitación fueron:</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Excelente	45	90
Muy bueno	3	6
Bueno	2	4
Malo	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>100</b>



Fuente: Encuesta aplicada a los asistentes a la capacitación

Elaboración: Dr. Carlos Almeida Cruz, Maestrante UTPL

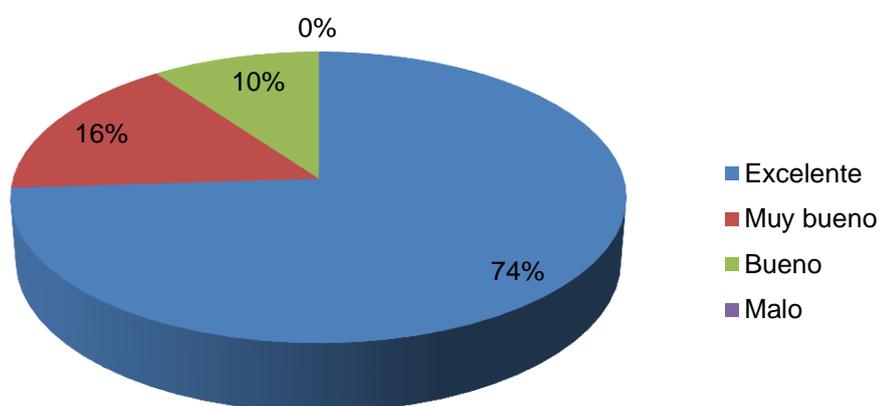
#### **Análisis:**

En cuanto a los elementos audiovisuales utilizados para apoyar y complementar el contenido del programa de capacitación; los datos proporcionados en las encuestas aplicadas a los asistentes a las conferencias capacitatorias el 90% manifiestan que fue excelente; el 6% dicen que fue muy bueno; y, el 4% dice que fue bueno. Ninguno se quejó del desarrollo de la capacitación.

### Cuadro No. 8

Distribución de la opinión de los asistentes a la capacitación sobre Adherencia al tratamiento para pacientes con VIH/Sida, referente al nivel de conocimientos y preparación de los expositores.

Nivel de conocimientos y preparación de los expositores	F	%
Excelente	37	74
Muy bueno	8	16
Bueno	5	10
Malo	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>100</b>



Fuente: Encuesta aplicada a los asistentes a la capacitación

Elaboración: Dr. Carlos Almeida Cruz, Maestrante UTPL

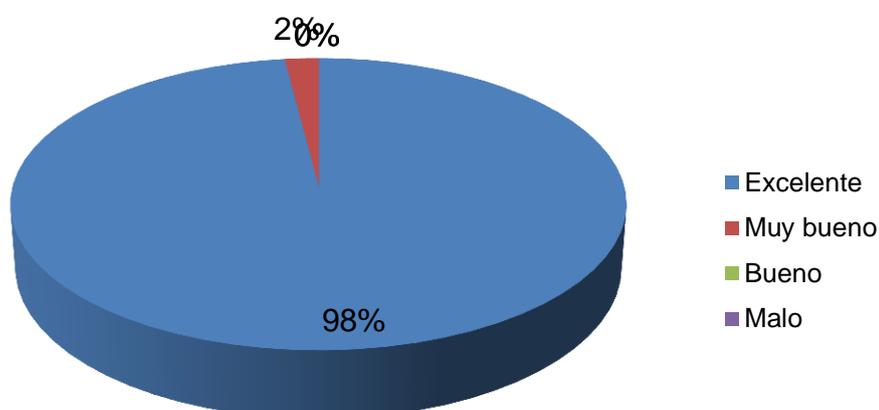
#### Análisis:

Lo que respecta al nivel de conocimientos y preparación de los expositores; los datos proporcionados en las encuestas aplicadas a los asistentes a las conferencias capacitatorias el 74% manifiestan que fue excelente; el 16% dicen que fue muy bueno; y, el 10% dice que fue bueno. No hubo inconformidad.

### Cuadro No. 9

Distribución de la opinión de los asistentes a la capacitación sobre Adherencia al tratamiento para pacientes con VIH/Sida, referente a la calificación general de esta capacitación.

<b>Calificación general:</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Excelente	49	98
Muy bueno	1	2
Bueno	0	0
Malo	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>100</b>



Fuente: Encuesta aplicada a los asistentes a la capacitación

Elaboración: Dr. Carlos Almeida Cruz, Maestrante UTPL

Análisis:

Por los resultados de las encuestas aplicadas a los asistentes a la capacitación, el 98% dijo que fue excelente; y, el 2% dijo que fue muy bueno. Ninguno de los asistentes se manifestó por los ítems bueno y malo.

### 3.3. RESULTADO 3

#### 3.3.1. Acciones entre Consulta Externa, Dpto. Infectología y Dpto. VIH/Sida, coordinadas.

##### 3.3.1.1. Actividad 1.- Reunión con Líderes de Consulta Externa, Dpto. Infectología y Dpto. VIH para coordinar acciones.

Para el desarrollo de esta actividad, el día 03 de Octubre/2012, se envía oficios convocando a los Líderes de Consulta Externa, Dpto. Infectología, y Dpto. VIH/Sida, con la finalidad de coordinar acciones tendientes a mejorar el manejo de la adherencia al tratamiento del paciente con VIH/Sida. A la reunión asistieron todos los convocados, quedando acentuado en el Acta de Reunión que está en los apéndices (7).

HOSPITAL PROVINCIAL Y REGIONAL "DR. VERDI CEVALLOS BALDA"  
UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA  
PLAN DE FORTALECIMIENTO AL TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON VIH/SIDA QUE ASISTE A LA CONSULTA EXTERNA DEL  
HOSPITAL "DR. VERDI CEVALLOS BALDA" DE PORTOVIEJO, MANABÍ

### ACTA DE REUNION

En la Oficina de Médicos de la Consulta Externa Especializada del Hospital General y Regional "Dr. Verdi Cevallos Balda" de Portoviejo, provincia de Manabí, a las 10H00 del día cinco de noviembre del año dos mil doce, nos reunimos; por una parte, el Dr. Jorge Vera, Líder de Consulta Externa; Lcda. Gladys Patiño, Enfermera Líder Dpto. Infectología; Dra. Maribel Barriga, Epidemiólogo; y, Dra. Marcia Hinojoza, Líder Dpto. VIH/Sida; y, por otra parte el Dr. Carlos Almeida Cruz, Egresado de la Maestría en Salud para el Desarrollo Local de la Universidad Técnica Particular de Loja, para tratar asuntos de coordinación interdepartamental relacionados con los pacientes con VIH/Sida que reciben atención en esta institución de salud.

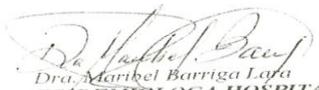
Se acordó que:

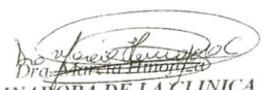
- Consulta Externa atenderá a los pacientes de forma integral, dándoles prioridad a los pacientes en etapa terminal; y que colaborará con información de los pacientes a la Coalición Ecuatoriana de personas que viven con VIH/Sida.
- Dpto. Infectología, se encargará de supervigilar el cumplimiento del tratamiento antirretroviral mediante la evaluación de la evolución de la enfermedad;
- Y, Dpto. VIH/Sida, organizará actividades de integración (ferias, casas abiertas, foros, charlas educativas, conferencias) para concienciar a los pacientes infectados con este virus.

Los suscritos, se comprometen a cumplir con todo lo acordado, lo que redundará en beneficio de estas personas.

  
Dr. Jorge Vera  
Líder de Consulta Externa

  
Lcda. Gladys Patiño,  
Enfermera Líder Dpto. Infectología

  
Dra. Maribel Barriga Lora  
EPIDEMIOLOGA HOSPITAL

  
Dra. Marcia Hinojoza  
INADORA DE LA CLINICA VIH

  
Dr. Carlos Almeida Cruz  
Egresado U.T.P.L

Acta No. 2.- Acta de reunión

### 3.3.1.2. Actividad 2.- Organizar y ejecutar ciclos de conferencias para el equipo de salud de estas áreas sobre habilidades comunicativas

Para organizar el ciclo de conferencias se procedió hacer la revisión bibliográfica de varios libros analógicos de la web, a fin de disponer de la información requerida. Esta actividad se cumplió del 8 al 19 de Octubre del 2012. Posteriormente se procedió a la redacción del plan de conferencias.



Lámina No. 4.- Libros analógicos de habilidades comunicativas

## Cuadro No. 10

### HOSPITAL “DR. VERDI CEVALLOS BALDA” DE PORTOVIEJO U.T.P.L. CENTRO – PORTOVIEJO

#### PLAN DE CONFERENCIA

**FECHA DE EVENTO:** 15 de Octubre/2012.

**LUGAR DEL EVENTO:** Auditorium del Hospital “Dr. Verdi Cevallos Balda” de Portoviejo.

**BENEFICIARIOS:** Equipo de Salud que labora en Consulta Externa y Dptos. Infectología y VIH/Sida del Hospital.

DÍA	HORA	ACTIVIDADES	EXPOSITOR
17/11/2012	08h30-09h00	REGISTRO DE ASISTENCIA	Lcdo. Pedro Cabrera Alvarado, Grupo S.O.H.D.
	09h00-09h15	INAUGURACIÓN DEL EVENTO (Aplicación de Dinámica Grupal “Sonreír vale la pena”)	
	09h15-09h45	TEMA: LA COMUNICACIÓN COMO HABILIDAD GERENCIAL Y COMUNICACIÓN COMO PROCESO	
	09h45-10h15	TEMA: REQUISITOS DE LA COMUNICACIÓN INTERPERSONAL	
	10h15-10h45	COFEE BREAK	
	10h45-11h15	TEMA: TÉCNICAS DE COMUNICACIÓN INTERPERSONAL Y PRINCIPIOS DEL DIALOGO	
	11h15-12h30	TEMA: ETAPAS Y TÉCNICAS DE LA COMUNICACIÓN EFECTIVA	
	12h30-13h00	TEMA: LA COMUNICACIÓN EN EL TRABAJO DE EQUIPO	
	13h00	ACTO DE CLAUSURA	



### 3.3.1.4. Actividad 4.- Diseñar material informativo para pacientes con VIH/Sida

A partir del 25 hasta el 31 de Octubre/2012, se recolecta material informativo de diferentes fuentes para elaborar tríptico para pacientes. Una vez elaborado, se procede a distribuirlos entre los mismos.

 <p><b>MÉTODOS DE PREVENCIÓN</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Uso de Preservativos</li> <li>• Tener una pareja estable</li> <li>• Tener en cuenta equipos o materiales desechables para inyección y o transfusión sanguínea</li> </ul>  <p><b>PRONÓSTICO</b></p> <p>El VIH es una afección médica crónica que se puede tratar, pero que <b>aún no se puede curar</b>. Existen formas efectivas de prevenir complicaciones y retardar, aunque no siempre evitar, la progresión hacia el SIDA.</p>  <p>Prevenir el SIDA está en tus manos</p> 	<p><b>RECOMENDACIONES ANTE LA PRESENCIA DEL VIH</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Consejería pre y post prueba</li> <li>•Pruebas confirmatorias</li> <li>•Notificación y vigilancia epidemiológica</li> <li>•Administración de Antirretrovirales ARV</li> <li>•Terapia antirretroviral para la mujer embarazada VIH+</li> <li>•Atención del parto por Cesárea Programada</li> <li>•Alimentar con Formula y evaluación periódica al RN</li> <li>•Conocer Carga Viral antes de la intervención Quirúrgica</li> <li>•Realizar Examen de CD4, CD8 y Carga Viral cada 4 meses</li> <li>•El recuento de células CD4, CD8 y Carga Viral te ayudará a calcular cuándo debes empezar el tratamiento antirretroviral (TAR) , y si es necesario que comiences a tomar medicamentos para prevenir las infecciones relacionadas con el SIDA.</li> </ul> <p>UNIDAD DE INFECTOLOGÍA</p> <p><b>DR. CARLOS ALMEIDA</b> CIRUJANO DIGESTIVO</p>	<p>HOSPITAL PROVINCIAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA</p> <p>Ministerio de Salud Pública</p>  <p><b>VIH</b> Virus de Inmunodeficiencia Humana</p> <p>El SIDA, o síndrome de inmunodeficiencia adquirida es producido por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), que fue reconocido por vez primera en 1981.</p> <p>UNIDAD DE INFECTOLOGÍA</p> <p><b>DR. CARLOS ALMEIDA</b> CIRUJANO DIGESTIVO</p>
---	--	--

 <p><b>MÉTODOS DE PREVENCIÓN</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Uso de Preservativos</li> <li>• Tener una pareja estable</li> <li>• Tener en cuenta equipos o materiales desechables para inyección y o transfusión sanguínea</li> </ul>  <p><b>PRONÓSTICO</b></p> <p>El VIH es una afección médica crónica que se puede tratar, pero que <b>aún no se puede curar</b>. Existen formas efectivas de prevenir complicaciones y retardar, aunque no siempre evitar, la progresión hacia el SIDA.</p>  <p>Prevenir el SIDA está en tus manos</p> 	<p><b>RECOMENDACIONES ANTE LA PRESENCIA DEL VIH</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Consejería pre y post prueba</li> <li>•Pruebas confirmatorias</li> <li>•Notificación y vigilancia epidemiológica</li> <li>•Administración de Antirretrovirales ARV</li> <li>•Terapia antirretroviral para la mujer embarazada VIH+</li> <li>•Atención del parto por Cesárea Programada</li> <li>•Alimentar con Formula y evaluación periódica al RN</li> <li>•Conocer Carga Viral antes de la intervención Quirúrgica</li> <li>•Realizar Examen de CD4, CD8 y Carga Viral cada 4 meses</li> <li>•El recuento de células CD4, CD8 y Carga Viral te ayudará a calcular cuándo debes empezar el tratamiento antirretroviral (TAR) , y si es necesario que comiences a tomar medicamentos para prevenir las infecciones relacionadas con el SIDA.</li> </ul> <p>UNIDAD DE INFECTOLOGÍA</p> <p><b>DR. CARLOS ALMEIDA</b> CIRUJANO DIGESTIVO</p>	<p>HOSPITAL PROVINCIAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA</p> <p>Ministerio de Salud Pública</p>  <p><b>VIH</b> Virus de Inmunodeficiencia Humana</p> <p>El SIDA, o síndrome de inmunodeficiencia adquirida es producido por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), que fue reconocido por vez primera en 1981.</p> <p>UNIDAD DE INFECTOLOGÍA</p> <p><b>DR. CARLOS ALMEIDA</b> CIRUJANO DIGESTIVO</p>
--	--	---

Lámina No. 6.- Tríptico informativo para pacientes con VIH/Sida

## EVALUACIÓN DE INDICADORES DE RESULTADO

**RESULTADO 1:** Plan de sensibilización a pacientes con VIH/SIDA atendidos en consulta externa del hospital, diseñado y aplicándose.

### INDICADOR

- Hasta 31/08/2012 se diseña y aplica en un 100%, el plan de sensibilización para pacientes con VIH/SIDA.

Este indicador se cumple en un 100%, pues con la participación activa del personal de Consulta Externa del hospital “Dr. Verdi Cevallos Balda” de Portoviejo, se diseñò y se aplicò el plan de sensibilización



**Lámina No. 7.-** Diseño y aplicación del plan de sensibilización

## **RESULTADO 2: Personal de salud actualizado sobre manejo del tratamiento del paciente con VIH/SIDA.**

### **INDICADOR**

- Hasta 30/09/2012, 100% de personal de salud actualizado en manejo de pacientes con VIH/SIDA que acuden a la consulta externa especializada.

Con la participación del personal de salud que labora en Consulta Externa Especializada, se cumple con el 100% de la capacitación sobre “Adherencia al Tratamiento para Pacientes con VIH/SIDA, hasta Septiembre 30/2012.

**Fotografía No. 6.- Cumplimiento de capacitación**



### RESULTADO 3: Coordinar acciones entre Consulta Externa y Dpto. Infectología y Dpto. VIH/Sida.

#### INDICADOR

- Hasta el 31/10/2012, 90% de las acciones con Consulta Externa, Dpto. Infectología y Dpto. VIH/Sida, coordinadas.

Este indicador se cumple en un 90%. Actualmente, los Dptos. De Infectología y VIH/Sida, en conjunto con Consulta Externa del Hospital, brindan atención integral al paciente con VIH/Sida, aplicando una política del gobierno que es la atención con calidad, calidez, eficiencia, eficacia y efectividad.

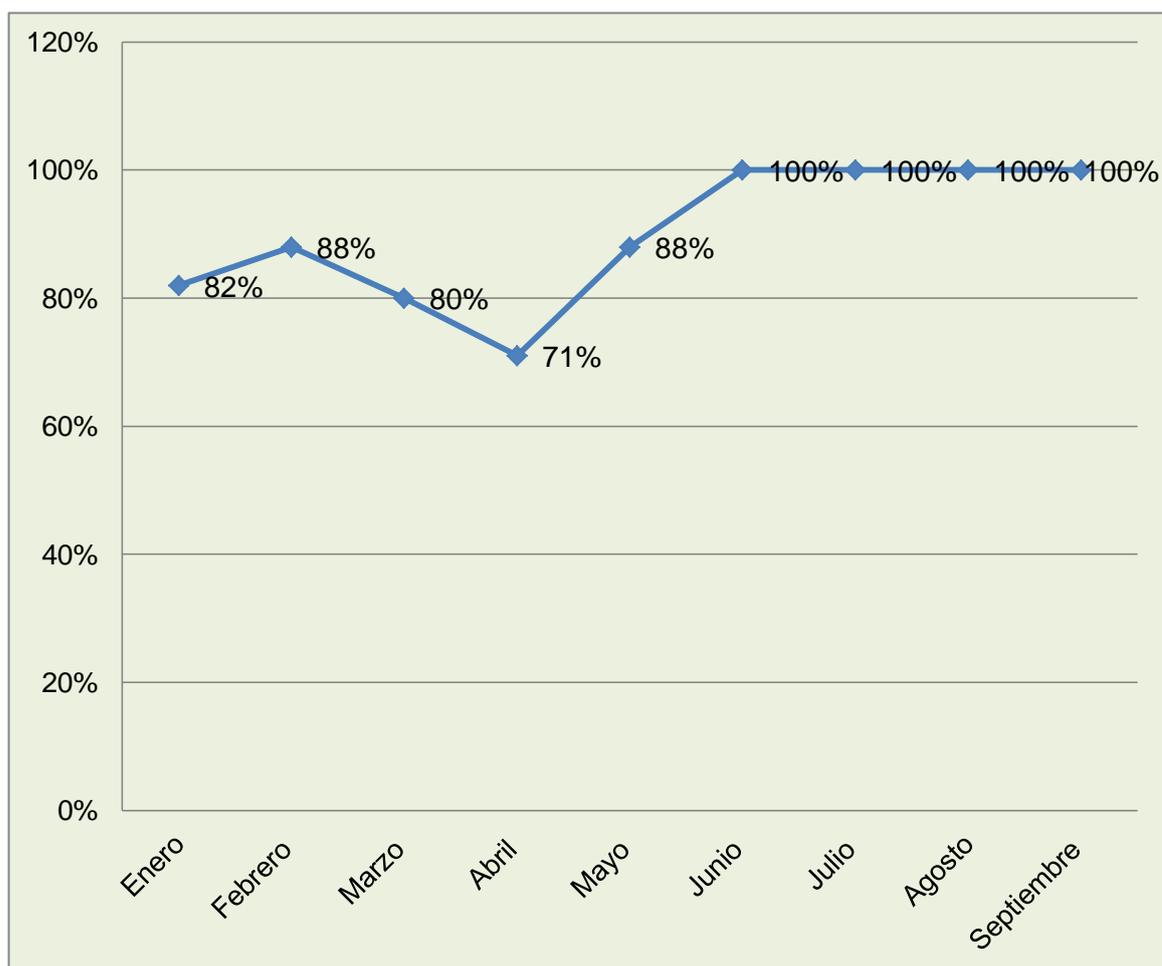
#### Cuadro No. 11

### HOSPITAL REGIONAL “DR. VERDI CEVALLOS BALDA” –PORTOVIEJO DEPARTAMENTO DE INFECTOLOGÍA ATENCIÓNES ENERO-SEPTIEMBRE/2012

MESES	PACIENTES CON TRATAMIENTO		
	CITADOS	ATENDIDOS	% DE ATENDIDOS
Enero	11	9	82%
Febrero	8	7	88%
Marzo	10	8	80%
Abril	7	5	71%
Mayo	8	7	88%
Junio	5	5	100%
Julio	3	3	100%
Agosto	2	2	100%
Septiembre	4	4	100%
<b>TOTAL</b>	<b>58</b>	<b>50</b>	

**Fuente:** Registro de atenciones Dpto. Infectología H. “D.V.C.B.” – Año 2012.

**Elaboración:** Dr. Carlos Almeida Cruz, Maestrante UTPL.



### **ANÁLISIS:**

De acuerdo a los datos proporcionados por el Dpto. Estadístico del Hospital, y extraídos de los registros de atenciones de los pacientes con VIH/Sida que acuden a la Consulta Externa, y representados en el presente gráfico, podemos observar que durante el periodo Enero-Septiembre/2012, hubo un total de 58 pacientes con esta enfermedad y que fueron citados para la continuidad del tratamiento, el 100% de ellos asistió durante los meses de Junio, Julio, Agosto y Septiembre/2012; mientras que el 88% lo hizo en los meses de Febrero y Mayo/2012; un 82% se hizo atender en el mes de Enero/2012; el 80% en Marzo/2012; y, finalmente, el 71% en Abril/2012.

Lo que nos demuestra que si se citó a 58 pacientes y asistieron a la consulta 50 durante este periodo, es decir que asistió a la consulta el 86% de los pacientes que es una considerable cantidad. Como podemos observar, los cuatro últimos meses asistieron todos a la atención, gracias al desarrollo del presente proyecto los pacientes han recibido una atención integral por parte de los profesionales que laboran en esta área.

## COMPROBACION DE INDICADORES DE PROPÓSITO Y FIN

**PROPÓSITO:** Pacientes con VIH/SIDA atendidos en el área de Consulta Externa Especializada del Hospital “Dr. Verdi Cevallos Balda” de Portoviejo, tienen adherencia al tratamiento recomendado.

### INDICADOR

- Hasta 31/10/2012, el 90% de los pacientes con VIH/SIDA atendidos en consulta externa del Hospital “Dr. Verdi Cevallos Balda” de Portoviejo, con adherencia al tratamiento recomendado.

De acuerdo a los registros de atenciones de Consulta Externa del Hospital “Dr. Verdi Cevallos Balda”, el 90% de los pacientes con VIH/SIDA/ITS, que asisten a esta casa de salud, tienen adherencia al tratamiento recomendado.



Ministerio de Salud Pública

### MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

#### HOSPITAL “DR. VERDI CEVALLOS BALDA” PORTOVIEJO

#### SUBPROCESO CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA

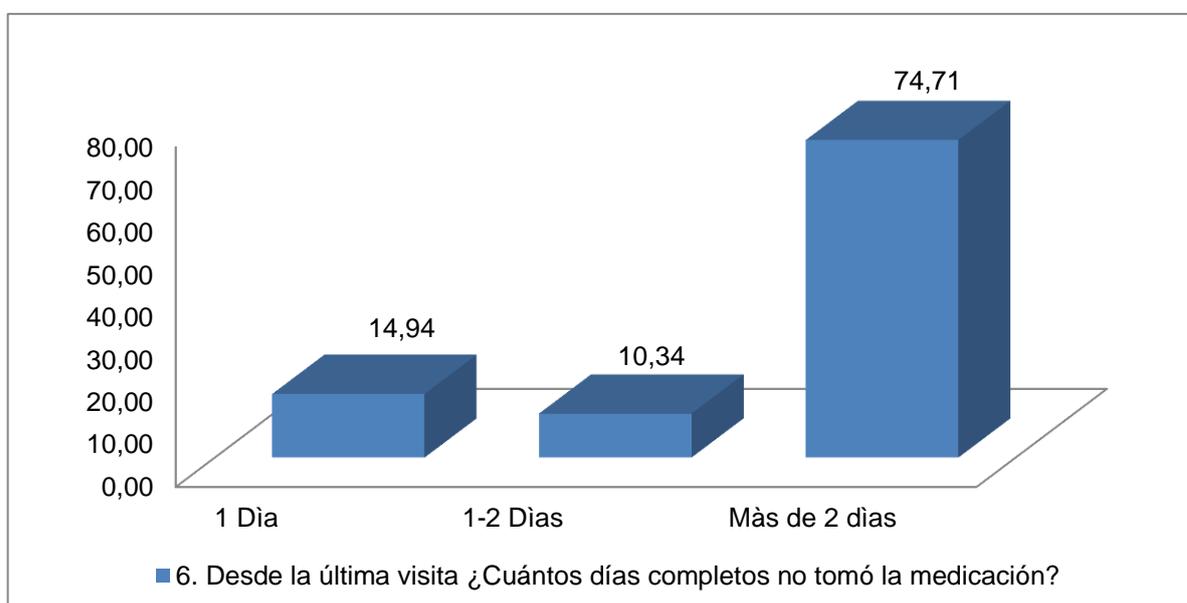
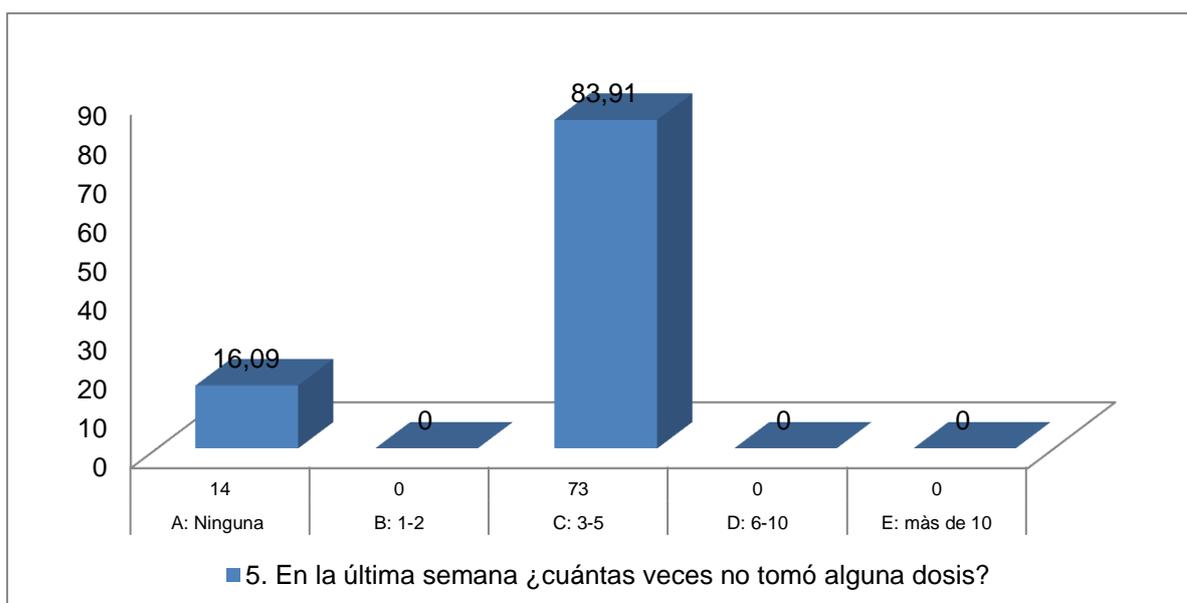
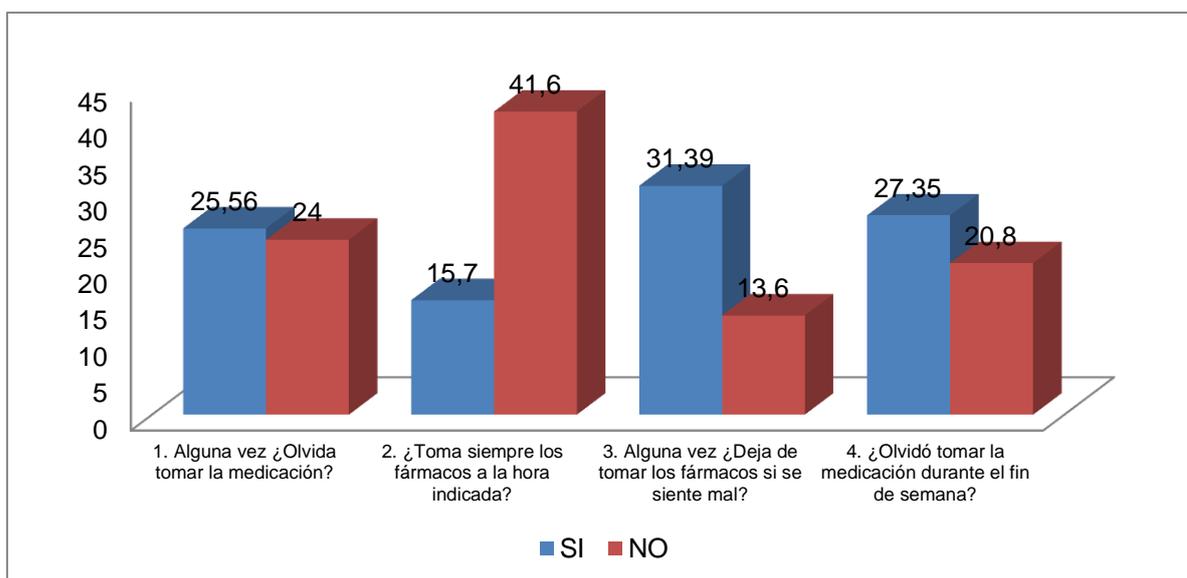
#### ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DEL VIH/Sida ANTES DE EJECUCIÓN DEL PROYECTO

PREGUNTAS	SI		NO	
	F	%	F	%
1. Alguna vez ¿Olvida tomar la medicación?	57	25,56	30	24,00
2. ¿Toma siempre los fármacos a la hora indicada?	35	15,70	52	41,60
3. Alguna vez ¿Deja de tomar los fármacos si se siente mal?	70	31,39	17	13,60
4. ¿Olvidó tomar la medicación durante el fin de semana?	61	27,35	26	20,80
5. En la última semana ¿cuántas veces no tomó alguna dosis?	A: ninguna	14	16.09%	
	B: 1 - 2			
	C: 3 - 5	73	83.91%	
	D: 6 - 10			
	E: más de 10			
6. Desde la última visita ¿Cuántos días completos no tomó la medicación?	1 Día	13	14.94	
	1-2 Días	9	10.94	
	Más de 2 días	65	74.71	

1. Se considera no adherente: 1: si, 2: no, 3: si, 4:si, 5:C, D o E, 6: más de dos días.

2. La pregunta 5 se puede usar como semicuantitativa:

A: 95 - 100% adhesión    B: 85-94%    C: 65-84%    D: 30-64%    E: < 30%



## ANÀLISIS:

De acuerdo a los resultados de esta guía de observación efectuada por el Maestrante, antes del desarrollo del proyecto los pacientes desconocían sobre el significado de la adherencia al tratamiento, es así que el 25.56% de ellos olvidaban tomar la medicación; el 41.60% no tomaban los fármacos a la hora indicada; el 20.80% olvidaban tomar la medicación durante el fin de semana; y, el 13.60% dejaban de tomar los fármacos si se sentían mal. Además, que el 83.91% en las últimas semanas se olvidaban de tomar alguna dosis; y, solo el 16.09% no tomaban ninguna dosis en la última semana; y, finalmente, desde la última visita, el 74.71% dijo que dejó de tomar la medicación más de 2 días; seguido de 13 que dijo que había dejado de tomar solo 1 día; y 9 que 1-2 días.

Es decir, que antes de la ejecución del proyecto, los pacientes que acuden a la Consulta Externa Especializada del Hospital “Dr. Verdi Cevallos Balda”, con tratamiento antirretroviral, no sabían lo que era adherirse al tratamiento.



Ministerio de Salud Pública

### MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

#### HOSPITAL “DR. VERDI CEVALLOS BALDA” PORTOVIEJO

#### SUBPROCESO CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA

#### ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DEL VIH/Sida.

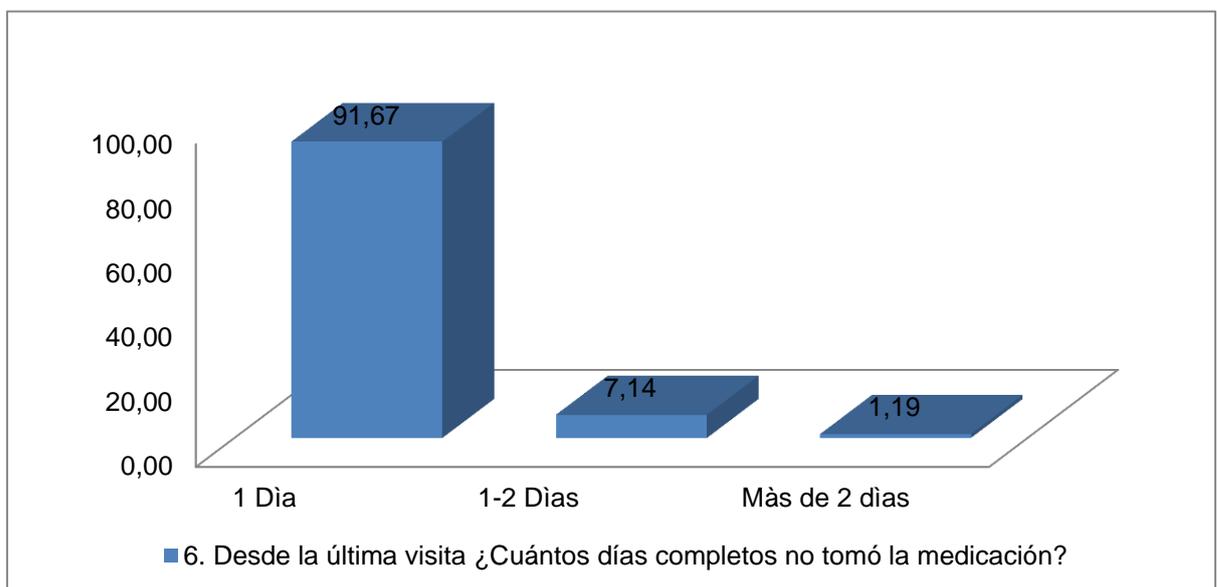
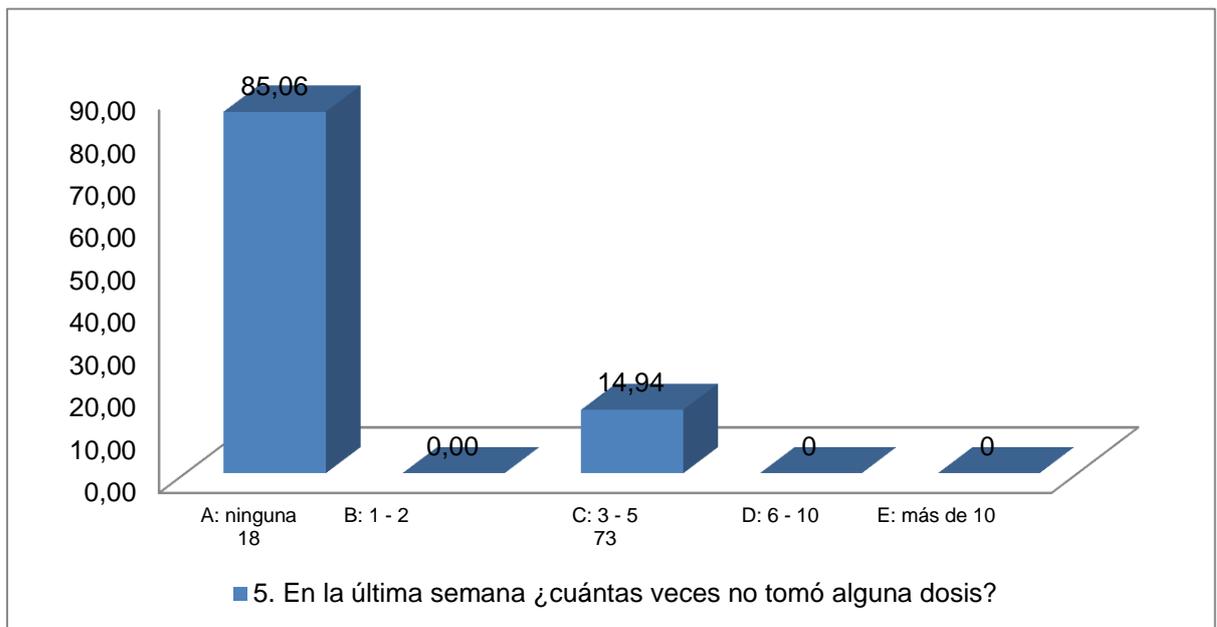
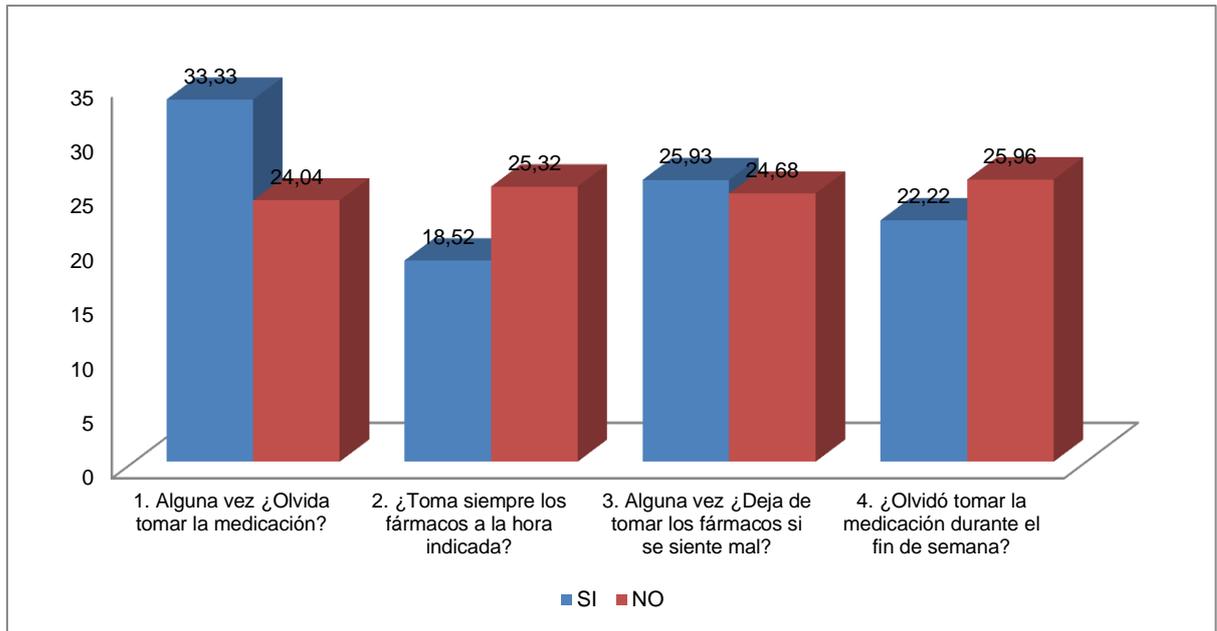
#### DESPUES DEL DESARROLLO DEL PROYECTO

PREGUNTAS	SI		NO	
	F	%	F	%
1. Alguna vez ¿Olvida tomar la medicación?	9	33,33	75	24,04
2. ¿Toma siempre los fármacos a la hora indicada?	5	18,52	79	25,32
3. Alguna vez ¿Deja de tomar los fármacos si se siente mal?	7	25,93	77	24,68
4. ¿Olvidó tomar la medicación durante el fin de semana?	6	22,22	81	25,96
5. En la última semana ¿cuántas veces no tomó alguna dosis?	A: ninguna	74	85.06%	
	B: 1 - 2			
	C: 3 - 5	13	14.94%	
	D: 6 - 10			
	E: más de 10			
6. Desde la última visita ¿Cuántos días completos no tomó la medicación?	1 Día	77	91.67%	
	1-2 Días	6	7.14%	
	Más de 2 días	1	1.19%	

1. Se considera no adherente: 1: si, 2: no, 3: si, 4:si, 5:C, D o E, 6: más de dos días.

2. La pregunta 5 se puede usar como semicuantitativa:

A: 95 - 100% adhesión    B: 85-94%    C: 65-84%    D: 30-64%    E: < 30%



## **ANÀLISIS:**

De acuerdo a los resultados de esta guía de observación efectuada por el Maestrante, antes del desarrollo del proyecto los pacientes desconocían sobre el significado de la adherencia al tratamiento, es así que antes el 25.56% de ellos olvidaban tomar la medicación, ahora; el 24.04% no lo hace; antes, el 41.60% no tomaban los fármacos a la hora indicada, ahora el 25.32% si lo hace; antes, el 20.80% olvidaban tomar la medicación durante el fin de semana, ahora el 24.68% no lo hace; y, el 13.60% dejaban de tomar los fármacos si se sentían mal antes, ahora, el 25.96% no lo hace.

Además, antes de desarrollar el proyecto, que el 83.91% en las últimas semanas se olvidaban de tomar alguna dosis, ahora, el 85.06% no se descuida y toma su dosis; y, solo el 16.09% no tomaban ninguna dosis en la última semana antes del desarrollo del proyecto, luego de ejecutado, el 91.67% dice que toma su medicación diariamente; seguido del 7.14% que dice que de 1-2 días; y solo un 7.14% dice que más de 2 días; y, finalmente, desde la última visita, el 74.71% dijo que dejó de tomar la medicación más de 2 días; seguido de 13 que dijo que había dejado de tomar solo 1 día; y 9 que 1-2 días.

Lo que nos indica que una vez ejecutado el proyecto, el paciente con VIH/Sida, que acude a la Consulta Externa Especializada del Hospital "Dr. Verdi Cevallos Balda", con tratamiento antirretroviral, ya se adhieren al tratamiento.

**FIN: Contribuir a mejorar la calidad de vida de los pacientes con VIH que asisten a la Consulta Externa Especializada del Hospital “Dr. Verdi Cevallos Balda” de Portoviejo.**

#### **INDICADOR**

- Hasta el 30/12/2013. El 100% de la calidad de vida de los pacientes con VIH/Sida que asisten a la Consulta Externa Especializada del Hospital “Dr. Verdi Cevallos Balda” de Portoviejo, mejorada.

Este indicador no es posible medirlo, porque es a largo plazo; pero el hecho de cumplir con los indicadores del propósito y de los resultados, se contribuye para el cumplimiento del fin.

## **CAPÍTULO IV**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **4.1. CONCLUSIONES**

Como conclusión se establece que el plan de promoción de la adherencia al tratamiento del paciente con VIH/Sida, que acude a la Consulta Externa del Hospital “Dr. Verdi Cevallos Balda” de Portoviejo, me ha permitido reflexionar sobre el cumplimiento de las funciones tanto de las autoridades como del equipo de salud, en forma consciente sobre el manejo de estos pacientes, a fin de mejorar su calidad de vida.

Que el personal del Hospital manifestó su satisfacción por el diseño y aplicación del plan de adherencia, ya que se convierte en una estrategia para el tratamiento y prevención del VIH/Sida.

Que las estrategias del plan de adherencia revisten vital importancia para un correcto manejo del usuario que acude a esta institución de salud.

Que el 100% del personal fue capacitado sobre el plan de adherencia al tratamiento al paciente con VIH/Sida; y, que continúa siendo adiestrado mediante la educación continua.

Que en un 100% se han cumplido con las gestiones planificadas para conseguir que Consulta Externa, Dpto. Infectología y Dpto. VIH/Sida, coordinen acciones tendientes a mejorar el bienestar de las personas con este flagelo.

#### **4.2. RECOMENDACIONES**

A las autoridades del Hospital “Dr. Verdi Cevallos Balda”: establecer una relación adecuada a nivel interno, con el propósito de desarrollar una gestión de formación continua en materia de capacitación en base a la atención integral al paciente con VIH/Sida, así como, colaborar tanto con pacientes y familiares sobre la adherencia al tratamiento antirretroviral.

A los Líderes de Área: supervisar, monitorear y evaluar semestralmente al equipo de salud, en la aplicación correcta del plan de adherencia al tratamiento del paciente con VIH/Sida, establecidas en el proceso de la atención integral.

Al equipo de salud: manejar al paciente con VIH/Sida que se acerca a nuestra institución en busca de atención, utilizando las estrategias que se encuentran dentro del plan de adherencia al tratamiento, con el propósito de obtener una mejora en su salud, brindando así una atención con calidad, calidez, y con énfasis en la equidad.

A la U.T.P.L.: Que continúe promoviendo la ejecución de este tipo de proyectos, mismos que permitan recibir el reconocimiento de las autoridades, por la aportación que se realiza para bien tanto de la institución como de los pacientes con VIH/Sida.

### 4.3. BIBLIOGRAFIA

- Allison, M. et als. (2005). Administración de servicios de salud. 2ª. Edic. Edit. Corporación para Investigaciones Biológicas. Pag. 12.
- Ammassari, A., y otros. (2004). Depressive symptoms, neurocognitive impairment, and adherence to highly active antiretroviral therapy among HIV-infected persons. *Psychosomatics*, 45(5), 394-402.
- Angulo, P. (2009): "Modelos de gestión de políticas de empleo: lo público y lo privado. Relaciones entre el tercer sector y las administraciones públicas". Ponencia.
- Armijos R, Noemí (2009). Planificación Estratégica. Edit. UTPL. Edición 1ª. 6ª. Reimpresión. Loja-Ecuador.
- Bertozzi, S., Padian, N. S. y otros. (2006). "Prevención y Tratamiento de infección por el VIH/SIDA" en las Prioridades de Control de Enfermedades en los Países en Desarrollo, 2ª. Ed. (Edit. D. T. Jamisona), 331– 70. Nueva York: Oxford University Press.
- Blanco R, J.H. y cols. (2006). Administración de servicios de salud. 2ª. Edic. Edit. Corporación para Investigaciones Biológicas. Pág. 46
- Carballo, E., et al (2004). Assessing relationships between health-related quality of life and adherence to antiretroviral therapy. *Quality of Life Research*, 13, 587-599.
- CENTRO DE RECURSOS PARA LATINOS DEL VIH/Sida (2012). Virus en Latinos. Encontrado en: <http://www.thebody.com/content/30043/el-vih-en-los-latinos.html>
- Cevallos, Luis Fernando. (2005). Manual de Consejería en VIH/SIDA-ITS. Ministerio de Salud Pública. Edición Borrador.

- DIARIO MANABITA. (2011). Manabí por cantones. Resultados del Censo de Población y Vivienda INEC. 2010.
- Domenech, P. (2005). Políticas públicas saludables. Algunas estrategias que facilitan la relación estado y sociedad. Promoción de la salud y participación. 3er. Congreso Argentino de Administración Pública. Sociedad, Estado y Administración. Argentina.
- Glass, T. R., et Al (2006). Correlates of self-reported nonadherence to antiretroviral therapy in HIV-infected patients: the swiss HIV cohort study. *Journal of acquired immune deficiency Syndromes*, 41(3), 385-392.
- Godin, G., et Al (2005). Prediction of adherence to antiretroviral therapy: a one-year longitudinal study. *AIDS Care*, 17(4), 493-504.
- González Gago, Elvira (2012). La coordinación, el liderazgo y el trabajo en red para la inclusión activa en el ámbito local. Informe No. 1. Encuentro de expertos en Inclusión Social en Madrid. Pag. 4
- Güell D, Ana J, (2012). La adherencia al tratamiento antirretroviral en personas VIH/SIDA. Un abordaje desde la perspectiva del Trabajo Social. Recuperado: 25/10/2012. En: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/ts/64/art2.htm>
- Hopkins J. (2001). *Ginecología y Obstetricia Práctica*: Madrid España; Editorial Marbán. Pág. 213.
- HOSPITAL “DR. VERDI CEVALLOS BALDA” (2011). Planificación Estratégica 2011.
- HOSPITAL “DR. VERDI CEVALLOS BALDA” de Portoviejo (2011). Documento de creación del hospital.
- Lewis, M. P., y cols. (2006). A qualitative study of persons who are 100% adherent to antiretroviral therapy. *AIDS Care*, 18(2), 140-148.
- Li Vargas, J. (2005). Planificación en los servicios de salud. Curso especial de posgrado en gestión local de salud. Consultado el 25 de septiembre de 2010.

- Luszczynska, A., et al (2007). Received social support, self-efficacy, and finding benefits in disease as predictors of physical functioning and adherence to antiretroviral therapy. *Patient Education and Counseling*, 66, 37-42.
- Malagon-Londoño, et als. (2008). *Administración Hospitalaria*. 3ª. Edic. Ed. Médica Panamericana. Págs. 71-72.
- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. (2009). Sistema Nacional de Salud. Observatorio del financiamiento al sector salud ecuador. Encontrado en: [www.paho.org/ecu / ecuweb@ecu.ops-oms.org](http://www.paho.org/ecu / ecuweb@ecu.ops-oms.org)
- OMS (1986), Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, Ginebra
- OPS (2005): El control de las enfermedades transmisibles, 18ª. Edición. Washington, DC. (Publicación Científica y Técnica No. 613)
- OPS/OMS (2008). Documento técnico: Tratamiento antirretroviral de la infección por el VIH en adultos y adolescentes en Latinoamérica y el Caribe: en la ruta hacia el acceso universal.
- Organización de las Naciones Unidas para el Sida (2008). VIH/Sida. Encontrado en: [www.onusida.com](http://www.onusida.com)
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2004). Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción. Recuperado: 19 octubre de 2005. En: <http://www.paho.org/Spanish/AD/PC/NC/nc-adherencia.htm>
- Piedra, María del Carmen (2009). Diseño, Ejecución y Gerencia de Proyectos para salud: Trabajo de Grado I. Guía Didáctica Módulo IV-III Ciclo. 1ª. Edic. Edit. UTPL. Loja-Ecuador.
- Piña, J. A., y cols. (2006). Instrumento para medir variables psicológicas y comportamientos de adhesión al tratamiento en personas seropositivas frente al VIH (VPAD-24). *Revista Panamericana de Salud Pública*, 19(4), 217-228.

- Public Health Task Force. (2006). Guidelines for the use of antiretroviral agents in HIV-1 infected adults and adolescents. May 4.
- Savio, E. (2007). Actualizaciones clínico-terapéuticas en infección VIH. 2ª. Edic. Rev. Panamericana Infectología. 9 (2). Pag. 51-64
- Simoni, J. M., y otros. (2002). Mediators of social support and antiretroviral adherence among an indigent population in New York City. AIDS Patient Care and STDs, 16(9), 431-439.
- Soto R.J.L. et. al., (2005-2006). Guía de Manejo Antirretroviral de las Personas que Viven con el VIH/SIDA, 2ª. Edición, CONASIDA.
- Varela, M. T., et al (2007). Adherencia al tratamiento en VIH/sida: un estudio de revisión. En Memorias del III Congreso de Psicología Cognitivo Conductual, Cali, Colombia.
- Veinot, T. C., et al (2006). "Supposed to make you better but it doesn't really": HIV-positive youths' perceptions of HIV treatment. Journal of Adolescent Health, 38, 261-267.
- Zuckerman, AM. (2006). Advancing the State of the Art in Healthcare Strategic Planning. Frontiers of health services management. Último acceso: 02/10/2010. Cap. 23. Pág. 2.

# **APÉNDICES**

## APÈNDICE 1: CERTIFICACIÒN INSTITUCIONAL



**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR**  
**HOSPITAL "DR. VERDI CEVALLOS BALDA"**  
**PORTOVIEJO-MANABÌ**

### CERTIFICACION

*Dr. Gene Alarcón Arteaga, Gerente del Hospital "Dr. Verdi Cevallos Balda" de Portoviejo, a petición de parte interesada, tiene a bien*

#### CERTIFICAR

*Que el, Dr. Carlos Almeida Cruz, Médico de esta casa de salud, y Egresado de la Maestría en Gerencia de Salud para el Desarrollo Local de la Universidad Técnica Particular de Loja, previa autorización desarrolló con éxito en esta institución su proyecto de acción titulado:*

**"PLAN DE PROMOCIÓN DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON VIH/SIDA QUE ACUDE A LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL "DR. VERDI CEVALLOS BALDA" DE PORTOVIEJO. 2012".**

*Proyecto que tuvo como objetivos:*

- *Desarrollar un plan de sensibilización al paciente con VIH/Sida, sobre adherencia al tratamiento.*
- *Capacitar al equipo de salud de Consulta Externa sobre manejo del paciente con VIH/SIDA.*
- *Fortalecer la coordinación interdepartamental entre servicios involucrados.*

*Lo que certifico en honor a la verdad.*

Portoviejo, Noviembre del 2012.



**Dr. Gene Alarcón Arteaga**

**GERENTE DEL HOSPITAL "DR. VERDI CEVALLOS BALDA"**

## APÈNDICE 2: REGISTRO DE AVANCE DEL PROYECTO

### FICHA DE CONTROL DE AVANCE DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN- ACCIÓN.

**Nombres y Apellidos:** Dr. Carlos Almeida Cruz

**Centro Universitario:** Universidad Particular de Loja

**Título del proyecto:** "Plan de promoción de la adherencia al tratamiento del paciente con VIH/Sida que acude a la consulta externa del hospital "Dr. Verdi Cevallos Balda" de Portoviejo. 2012".

RESULTADOS ESPERADOS O COMPONENTES DEL PROYECTO	INDICADORES	CRONOGRAMA (% de avance)							OBSERVACIONES	
		A	S	O	N	D	E	F		M
<b>RESULTADO 1</b>										
Plan de sensibilización a pacientes con VIH/SIDA atendidos en consulta externa del hospital, diseñado y aplicándose.	Hasta 31/08/2012 se diseña y aplica en un 100%, el plan de sensibilización para pacientes con VIH/SIDA.									Actividades cumplidas de acuerdo al cronograma
<b>RESULTADO 2</b>										
Personal de salud actualizado sobre manejo del tratamiento del paciente con VIH/SIDA.	Hasta 30/09/2012, 100% de personal de salud actualizado en manejo de pacientes con VIH/SIDA que acuden a la consulta externa especializada.									Actividades cumplidas de acuerdo al cronograma
<b>RESULTADO 3</b>										
Coordinar acciones entre Consulta Externa y Dpto. Infectología y Dpto. VIH/Sida.	Hasta el 31/10/2012, 90% de las acciones con Consulta Externa, Dpto. Infectología y Dpto. VIH/Sida, coordinadas.									Actividades cumplidas de acuerdo al cronograma

**Lic. Marcela Viteri, Mg.Sc**  
**DIRECTORA DE TESIS**



Portoviejo, 16 de Octubre del 2012.

Dr. Juan Carlos Rodríguez,

**DIRECTOR MÉDICO DEL HOSPITAL PROVINCIAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO**

En su despacho.-

Me dirijo a Usted para que nos apoye brindando las palabras de bienvenida el día martes 27 de Octubre a las 9 de la mañana, en la programación de la capacitación sobre el manejo de la adherencia al tratamiento de los pacientes con HIV-SIDA que acuden al Hospital Provincial Dr. Verdi Cevallos Balda.

Por la atención que se digne disponer a la presente, le anticipo mis agradecimientos.

Atentamente,

  
DR. CARLOS ALMEIDA CRUZ  
CIRUJANO DIGESTIVO

Dr. Carlos Almeida Cruz  
M.C. MSP. L. 1. 349; No. 1084  
E. M. P. 1642; No. 4741  
CIRUJANO DIGESTIVO

  
**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA**  
**HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA**

Portoviejo, 17 de octubre del 2012

Director  
Juan Carlos Rodríguez Mendoza  
**DIRECTOR MEDICO DEL HOSPITAL**  
Ciudad.-

De mis consideraciones:

Por motivos ajenos a nuestra voluntad (cambio de rotación de los señores internos, ausencia por permiso de algunos expositores) el taller capacitación sobre Adherencia al Tratamiento de los Pacientes con HIV / SIDA que acuden a la consulta externa del hospital, que se iba a realizar el 23 de octubre del presente año ha sido cambiada para el 8 de noviembre del 2012. Se realizará en el auditorio del hospital en horario de la mañana.

Sin otro particular le quedo agradecido.

Atentamente,

  
Dr. Carlos Almeida Cruz  
MÉDICO CIRUJANO

C.C. Archivo

*Publicado  
17/10/2012  
GJM*

Portoviejo, 17 Octubre del 2012

Doctores Expositores  
**HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA**  
Ciudad

De mis consideraciones.

Ante la necesidad de mejorar la ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES CON HIV - SIDA que acuden en busca de atención médica a nuestra Institución, solicitamos a usted nos brinde sus conocimientos a través de una charla de capacitación, para médicos tratantes, residentes, internos y personal para médico del Hospital Provincial "Dr. Verdi Cevallos Balda".

La capacitación se llevará a cabo en el Auditorio de nuestro Hospital el día 8 de noviembre del 2012 a las 09H00.

Por vuestra atención a la presente,

Atentamente



Dr. Carlos Almeida Cruz  
COORDINADOR

Recibido 17/10/12  
Dr. Roberto García Cordero  
MÉDICO - CLÍNICO  
REG. MSP. Libro 2 Folio 750 No. 488

12-10-12  
Dra. Marcia Hinojosa Cobo  
MÉDICO CLÍNICO  
REG. MSP. Libro 2 Folio 457 No. 488

Dr. Jorge Ibarra  
MÉDICO CLÍNICO  
REG. MSP. Libro 2 Folio 457 No. 488  
17/10/2012  
1142

Recibido  
17/10/12  
Dra. Pamela  
Jefe de Gestión Pedagógica



## APÉNDICE 5: LISTAS DE ASISTENCIA

BRA.	Karina Encicleda B.	CIRUCIA	1308093036	
I/M	Labeira Beatrix Garcia	Interna	1310463631	
E/M	TORTVEN MURILLO KAREN	Estudiante	131453166-2	
E/M	Valarezo Macias Cristhian	Estudiante	130899608-9	
E/M	Garcia Zambrano Paul	Estudiante	131206712-5	
E/M	PERERO FOLIT ANDREA ALEJANDRO	Estudiante	131077634-7	
E/M	Gonzalez Valdiviezo Leonardo Antonio	Estudiante	131173893-2	
E/M	CAICACHANA VERA MARIA ALEJANDRA	ESTUDIANTE	131258680-1	
E/M	VELAZ SAETEROS JORGE ISMAEL	ESTUDIANTE	131120690-9	
I/M	ALTEBON CASTRO OHAN AZECC		131284512-4	
I/M	Zambrano Fabian Diego Paul		131318528-0	
I/M	Padilla Vally Roberto Jesus		131060738-5	
EM	BOCANA CA. DE LOS MACHOS		130697173-8	
EM	DELGADO CEBEDA MARIA LOURDES		131263815-6	
EM	Villarreal Pardo Hymy Jaime		40996	
E/M	Yara Giler Guay PP		131094511-6	
E/M	VÁSQUEZ HARO GEMA ALEJANDRA		13130996-0	
E/M	Prieto Leon Lucía Estuarda		131149800-8	
E/M	Bailon Pineda Franklin		131084568-8	
E/M	AUCADANO ALONZO CAROL		131201768-2	
E/M	Salto Monte Reina Estefania		131314626-6	
E/M	Lema Gabriela Kfevionna Simeon		131287980-0	

▶	Dalgaard Zornal Obeis	Licenciada de Neuroto epidemiología	131055279-7	
▶	Das Manuel Barriaga		090935161-8	
▶	Morillo Quiroz Jisperca	Licenciada de Neurología	131046664-1	
⇒	Alba Pineda Moreno	Doctora de Imagenología	131010427-9	
	Elena Rodriguez Rey	Doctora ecografía	130591594-7	
	Karina Constante	Técnica Rx		
	Enyuel Boiss	secular Rx	131083895-7	
	Gabriela Zambrano	Ulcera de Rx	131250036-2	
	Tabiolo Panto Bocio	Interna de Nutrición	131218859-0	
	Petrucci Zambrano	I/ Nutrición	131339153-4	
	Jose Tombario	I/ Nutrición	131052852-9	
	Rosa Jimena B.	I/ Nutrición	131195189-6	
	BYRON ZAMBRANO U.	II MEDICINA	131224855-0	
	Alvar Miron Wilson Daniel	Estudiante ULEAM	130941992-7	
	Monroy fisco Estefania Tabara Est. ULEAM		131287059-3	
	Vásquez Haro Gema Alejandra	Estudiante ULEAM	13130996-0	
	Lema López Gabriela Carolina	Estudiante ULEAM	131168052-2	

INTERNOS DE MEDICINA

- |   |  |
|---|--|
| 1) JORGE IGNACIO DOMENA COUTEUS           |  |
| 2) Dalia Marie Gomez Hecias               |  |
| 3) Macias Argandoña Rosemary Melissa      |  |
| 4) Haroldo Heien Yolanda Trisol           |  |
| 5) Mendez Garcia Esteban Sebastian        |  |
| 6) Vega Mendez Denise Liliana             |  |
| 7) Olimis Moirna Gema Alexandra           |  |
| 8) Hernandez Dentos Mayelis Katerin       |  |
| 9) Rivas Leon Andrea Krusenka             |  |
| 10) Vinces Velez Jennifer                 |  |
| 11) Bravo Palacios M <sup>a</sup> Jesuina |  |
| 12) Leon Fernandez Evelyn Natholy         |  |
| 13) Garcia Abad Jenine Lisbeth            |  |
| 14) Gilbr Zombano Marcos Elio             |  |
| 15) Carranza Farias Gabriela              |  |
| 16) Escamilla Matos William               |  |
| 17) Delgado Castro Karla Karla            |  |
| 18) Cova Das Otero Geger Johana           |  |
| 19) Bonilla Ormaza Lema Mariela           |  |
| 20) Guillen Fernandez Leisbert Miguel     |  |
| 21) Zombano Sosa Jonathan Joaquin         |  |
| 22) Zambrano Acosta Maria Berenice        |  |
| 23) Ramirez Zambrano Sonia Stephanie      |  |
| 24) Delgado Brano Maria Concepcion        |  |
| 25) Hidalgo Zambrano Claudia Larsoy       |  |
| 26) Jimenez Karina Malina Zambrano        |  |
| 27) Rivas Gabriela Yajen                  |  |

NOMBRE

FIRMA

8/NOV/2011

- |                                   |  |
|-----------------------------------|--|
| 1) Moyano Vega Cecilio Isabel     |  |
| Fuiz Castro Laura Elizabeth       |  |
| Soriano Buena Mayra Liliana       |  |
| Navarro Sainz Karla Tania         |  |
| Ortiz Zamora Ivan Jose Paul       |  |
| Lopez Alvarez Alex Javier         |  |
| Palastreu Cecilio Cecilia Cecilio |  |
| CORRAL SANCHEZ GEOVANNA G-O       |  |
| ARREAGA CASTRO OMAR AZAEL         |  |
| Zambrano Mendez Lory Lory         |  |
| Ortizano Loraiza Zambrano Liliana |  |
| Pimango Mardaga Luis Fernando     |  |
| Mendieta Navarrete Alberto Ivan   |  |
| Aldeas Aguilar Luis Alfyra        |  |
| Zambrano Mendez Juan Humberto     |  |
| Castro Ubaldo Maria Isabel        |  |
| Bravo Garcia Erika Jissela        |  |
| Mendoza Zambrano Fanny Lisette    |  |
| Quiroz Giler Margarita Salome     |  |
| CASTRO BRUNO EDISON ELBERTO       |  |
| Borbeon Bawn Juan Jose            |  |
| Gilbr Carrasco Maria Nathaly      |  |
| Jacobsen Alex Ana Ra              |  |
| Alleson Franco Peter              |  |
| Fabian Alberto Gomez Karolina     |  |
| Santillan Quype Maria             |  |
| Castro Zambrano Jorge             |  |
| Andrade Andaranga Maria Socorro   |  |
| Marcos Sabando Sergio             |  |
| Luisina Perez Efr. Andris         |  |
| Chang Herminia Segundo Jesus      |  |

Arceiza Cedeño Inueua Vanessa.  
 Delgado Guadamud Giannella Elizabeth  
 Robles Brienes Adriana Katriuska  
 Garcia ITURRALDE Marcelo Iván  
 MATUTE SANTANA YANZEY XAVIER  
 Ponce Rivasederivas Joel Ygnacio  
 ileza Solórzano Jusi Luis  
 Barreiro Chavez Maria Jasi  
 Havanziote Cedeño Mary Isabel  
 VERA JUANES Luis Javier  
 Ochoa Romínez Gemma Beatriz  
 Vivera Amador Fernando Enrique  
 Echaz Leo Wilu Eoin  
 Mendida Mendosa Gabriela  
 María José Arteaga Guerrero  
 Macías Ponce Byron Rodrigo  
 Silva Cedeño Julio César  
 Juri Luis Bulson Brui  
**TEUCUEMA ADOPIADA BOGAR DACTO**

- 1) Alvear Toala Lisbeth Estefania
- 2) Cedeño Fernández Virginia Inesisa
- 3) Velez Mendoza Gemma Adelaida
- 4) Vera Montes Maria Amarillo
- 5) Miranda Quinz Julliyana Lisette
- 6) Guillen Ramirez Arovi Santiago
- 7) Aulodoro Robles Maria Clara
- 8) Sonzoza Macías Andrea Stefania
- 9) Velez Bravo Maria Stefany
- 10) Alvarado Alvar Pamela
- 11) Diane Hana Entrigo Bambano
- 12) Centeno Moreira Lucia Patricia
- 13) Moreira Alcivar Jonathan Hernando
- 14) Pinosajote Chang Paul Antonio
- 15) Hidalgo Brienes Tapia Elizabeth
- 16) Garcia Macías Jennifer Monserrate
- 17) Villavicencio Bravo Silvia Lirana
- 18) Solórzano Solórzano Darío Benjamin

08-NOV-2016

- DR. LOOR BIAS TORRES
- 1) María Burgos Mainelli Wendell
  - 2) Zambrano Mordaza Ana Isabel
  - 3) Menéndez Palacios María Cristina
  - 4) Menéndez Lase María Victoria
  - 5) Moreno Yépez Héctor Andrés
  - 6) Méndez Avellan LETTY MARÍA
  - 7) Anchundia Álvarez Leonardo
  - 8) Pinauete Chang Paul Antonio
  - 9) García Palazar Altamirano Fernando
  - 10) Cerezo Chumbe José Andrés
  - 11) Delgado Durado Ernesto Javier
  - 12) León Buzza Jonathan Francisco
  - 13) Cueva Alva Lili Jacqueline
  - 14) Arteaga Canchoza Karen Alejandra
  - 15) Ovalles Vega Guiana Chelissa
  - 16) Zambrano Arantazu Daniel Patricia
  - 17) Castro Henescal Alba Esthela
  - 18) Giraldo Pico José Julian
  - 19) Nolas Morales Juan Domingo
  - 20) JARA DE LA S. CENTENO  
(ESTADISTA DE INGENIERIA)
  - 21) I.M. Cfr. Silvia Godaño
  - 22) I/A = YANDRY GORGUBEL S
  - 23) I/M Pinauete Daniela Soledad
  - 24) I/M Ramiro Cueto Renier
  - 25) I/M Carlos Peñaranda Fernando
  - 26) I/M Mercedes Siles Zamora
  - 27) RIVADENEIRA Astalillo Jennifer
  - 28) Tola Bumbino Elizabeth
  - 29

- |                          |  |
|--------------------------|--|
| Dr. Rafael Sandoval      |  |
| DR. MARIO SUAREZ GONZA   |  |
| DR. Kaira Encalada S.    |  |
| DR. MARCEL BARRIGA S     |  |
| DR. ADO FAMBROS          |  |
| DR. PASCUAL MURILLO      |  |
| DR. CRISTHIAN ROBLES     |  |
| DR. RODRIGUEZ MENILLO G. |  |
| Alex Lopez G.            |  |
| DR. AUGUSTO JIMENEZ      |  |
| DR. DAQ FERRER           |  |

Internos:

12 HOO.

- Freddy Jesus Tamayo Rodriguez
- Diana Ayala Vique
- Genia Patricia Checa D'Almeida
- Agala Noulla Eduardo Torres
- Oliver Demora Silvia Hernandez
- Nely Cecilia I usia Paul
- Evadimas Intriago Ana Flor
- Meza KILIAN NERSON ALCORN
- Cobeno Marcos Karen Abbott
- Maria Rosa Maura Torres
- Horacio Horacio Luis Romera
- Santiago Maza Lisa Romera
- Maria Maria Andrea Suarez
- Mercedes Solange Rosita Jue
- Marcos Heredia Genia Jorah
- Patricia Bravo Kocler
- Mariana Plaza Lewis
- Andres Aguado Soto
- Diana Velazquez Garcia
- Evelyn Fran Genaro J
- Jennifer Baque Hidalgo
- Britta Mico Ibane
- Olaya Olaya
- Wendy VillaPerez Quina
- Jose Marcos DIAZ Vega
- Rita Valeria Chavez Guillen
- Socorro Lopez Lucrecia
- Patricia Valencia Maria Raquel
- Garcia Unnes Raul Jacinto

- Mercedes y Apellidos
- Hernandez Abonito, Humberto Enrique 1/M
- Eiler Casanova Jenny Paul 1/M
- Milton Lopez Mauro Van 1/M
- EMMBA MENDOZA ANGEL DAVIEL 1/M
- Mejia Hernandez Jimmy Paul 1/M
- Juan David Zambrano Rodriguez 1/M
- Maria Calinda Iori Alarcon
- Cedeno Cabrera Claudia Cecilia
- Jose Luis Barbieri Bria
- TAVELLA ACRISA ESPAR DAVID
- Sanchez Mauderza Maura Catalina
- Cruz Lavayen Jimina Vanessa
- JM. Martinez Biana Alvarez
- FH Juliana Jimeno Pulacios Hoscira
- JM Ruiz Valeriano Betty Paola
- YH Veronica Panes Cuadros (clavio)
- IM Lisa Ann Garcia (clavio M)
- IM Palma Ananda Victoria
- Marcelo Santana Almeida
- FH Karina Tanguera Vera
- VILEZ LACIANO Jorge
- EM Jhonson Andres Acintero
- IM Maria Dolores Reyes Aguirre
- IM Luis Renato Luisalle Alvarez
- IM Sergio Ederio Moreira
- I.H. Villota Reyes Evelin
- I.H. Johanna Andrea Lombardo M
- Carlos Alfredo Velez Bermudez

## APÉNDICE 6: ACTAS

### ACTA DE COMPROMISO

I

En Portoviejo, Provincia de Manabí, a los doce días del mes de Septiembre del año dos mil doce, siendo las once horas treinta minutos, en el Despacho del Director Hospitalario, previa convocatoria de las partes involucradas, se llevó a cabo la sesión de trabajo con el **Dr. Gene Alarcon**, Gerente Médico del Hospital; y, el **Dr. Carlos Almeida Cruz**, Médico del Hospital, para revisar el Proyecto de Promoción sobre la adherencia al tratamiento de los pacientes con VIH/Sida que acuden a la Consulta Externa del Hospital "Dr. Verdi Cevallos Balda" de Portoviejo, elaborado por el Maestrante de la Universidad Técnica Particular de Loja, **Dr. Carlos Almeida Cruz**, el cual se implementará en esta institución.

En este acto, el representante de esta institución hospitalaria, luego de la revisión del proyecto, procedió a aprobarlo, comprometiéndose a apoyar con todos los recursos necesarios y disponibles para que éste se ejecute totalmente.

Siendo las 12H30, se da por terminada esta reunión y como constancia de lo actuado, los suscritos firmamos conjuntamente.

Portoviejo, Noviembre del 2012.

  
Dr. Gene Alarcon  
GERENTE DEL HOSPITAL "DR. VERDI CEVALLOS BALDA"

  
Dr. Carlos Almeida Cruz  
MAESTRANTE U.T.P.L.

### ACTA DE REUNION

En la Oficina de Médicos de la Consulta Externa Especializada del Hospital General y Regional "Dr. Verdi Cevallos Balda" de Portoviejo, provincia de Manabí, a las 10:00 del día cinco de noviembre del año dos mil doce, nos reunimos, por una parte, el Dr. Jorge Vera, Líder de Consulta Externa; Leda Gladys Patiño, Enfermera Líder Dpto. Infectología; Dra. Maribel Berge, Epidemióloga; y, Dra. Marcia Hinojosa, Líder Dpto. VIH/Sida; y, por otra parte el Dr. Carlos Almeida Cruz, Egresado de la Maestría en Salud para el Desarrollo Local de la Universidad Técnica Particular de Loja, para tratar asuntos de coordinación interdepartamental relacionados con los pacientes con VIH/Sida que reciben atención en esta institución de salud.

Se acordó que:

Consulta Externa atenderá a los pacientes de forma integral, dándoles prioridad a los pacientes en etapa terminal; y que colaborará con información de los pacientes a la Coalición Ecuatoriana de personas que viven con VIH/Sida.

Dpto. Infectología, se encargará de supervigilar el cumplimiento del tratamiento antiretroviral mediante la evaluación de la evolución de la enfermedad;

Y, Dpto. VIH/Sida, organizará actividades de integración (ferias, casas abiertas, foros, charlas educativas, conferencias) para concienciar a los pacientes infectados con este virus.

Los suscritos, se comprometen a cumplir con todo lo acordado, lo que redundará en beneficio de estas personas.

  
Dr. Jorge Vera  
Líder de Consulta Externa

  
Leda Gladys Patiño,  
Enfermera Líder Dpto. Infectología

  
Dra. Maribel Berge  
Epidemióloga MANABITE

  
Dr. Carlos Almeida Cruz  
Egresado U.T.P.L.

  
Dra. Marcia Hinojosa  
Líder Dpto. VIH/SIDA

## APÈNDICE 7: INVITACIONES Y TRIPTICOS

### Recomendaciones para utilizar adecuadamente el condón:

- Verificar que la fecha de vencimiento y el registro sanitario estén correctos
- Verificar que la envoltura tenga una burbuja de aire, por posibles agujeros que puedan presentarse.
- Mantenerlo en lugares frescos y secos y no en sitios que estén expuestos a la humedad o al calor.
- Al abrir la envoltura no usar los dientes o las uñas porque puede romperse el condón. En la envoltura hay un lado con cortes específicamente para abrirlo con facilidad.
- Ponerlo en el pene cuando esté erecto y antes de cualquier contacto genital.
- Los condones por lo general son lubricados, pero es mejor añadir lubricante adicional por fuera del preservativo y en la vagina o ano antes de penetrar. El lubricante debe ser a base de agua y nunca utilizar cremas, aceites, vaselina u otro tipo de líquidos, ya que pueden romper el condón.
- Usar siempre un condón nuevo en cada relación sexual, y solo uno a la vez ya que la fricción entre condones puede causar que se rompan.
- Al ponerlo asegurarse que el condón esté por el lado correcto, para eso se puede desenrollar un poco en la punta. Si está al revés no se desenrollará con facilidad.
- Con los dedos índice y pulgar de una mano apretar la punta del condón para que no quede aire y con la otra mano desenrollarlo a lo largo del pene cubriéndolo totalmente.
- Cuando se haya eyaculado (terminado) antes de que el pene se duerma, sacar el condón con cuidado para no derramar semen, envolverlo en un pedazo de papel higiénico y botarlo a la basura.

**¡ Recuerda NO IMPORTA CON QUIEN LO HAGAS.....  
LO QUE IMPORTA ES QUE SIEMPRE USES CONDON !**

### Las infecciones de transmisión sexual ITS y el VIH se pueden prevenir... con una vida sexual libre y responsable

Para mayor información sobre ITS y VIH puedes comunicarte con la **Coalición ecuatoriana de personas que viven con VIH/sida (CEPVVS)**.

Nuestras oficinas están ubicadas en:

<p><b>QUITO:</b> Calle Juan Aguirre N30-77 y Quero y Calacoto, planta baja Telf.: 022 522 202 / 022 569 929 info@coalicionecuadoriana.org</p>	<p><b>PORTUVELO:</b> Calle 12 de Marzo y María Auxiliadora, Centro de Salud N°1, Junto al H. Vardi Cevallos Telf.: 052 657 112 m.velaz@coalicionecuadoriana.org yortiz@coalicionecuadoriana.org</p>
<p><b>GUAYACUL:</b> Calle Lorenzo de Garalzo No. 919 entre 9 de Octubre y Vélez, 3er piso, of. 3A Telf.: 042 530 968 cepvsygas@hotmail.com a.yarce@coalicionecuadoriana.org</p>	<p><b>ESMERALDAS:</b> Calle Espejo s/n, entre Olmedo y Sucre, Edificio CN Morales, 2do piso. Telf.: 062 714 038 p.salazar@coalicionecuadoriana.org</p>
<p><b>CHIMBORAZO:</b> Calle 7 de Octubre No. 211 y Terceira (esquina), planta alta, oficina 11 Telf.: 052 759 952 p.perez@coalicionecuadoriana.org</p>	<p><b>LOJA:</b> 10 de Agosto No. 18-37 entre Lauro Guerrero y Ramón Pinto, Edif. Auditorio, 2do piso. Telf.: 072 573 075 e.sarivovich@coalicionecuadoriana.org</p>
<p><b>BARAHONA:</b> Callejón entre 10 de Agosto y 5 de Junio, Edif. El Monarca No. 2, 1er. piso. Telf.: 090 822 169 / 085 577 614 wajntara1944@hotmail.com marisli-garzon1@hotmail.com</p>	<p><b>MACHALA:</b> Calle Sucre No. 803 y Junín (esq), Edif. El Regato, 2do piso, oficina 1. Telf.: 072 937 139 j.moscoso@coalicionecuadoriana.org</p>
<p><b>SALINAS:</b> Telf.: 042 930 682 mununoz@coalicionecuadoriana.org</p>	<p><b>NEUQUENA:</b> Av. Latsouraga No. 966 y Orellana Telf.: 062 358 036 javierco@netmail.com</p>

[www.coalicionecuadoriana.org](http://www.coalicionecuadoriana.org)

Materia producido por:  
**Coalición ECUATORIANA D.V.V.S.**

Sea receptor Proyecto Ecuador VIH Fondo 9 Fondo Mundial  
Proyecto "Mejoramiento de la calidad de vida de personas con VIH en el Ecuador"

Con el apoyo de:

### Ideas prácticas para el uso del condón y la prevención de ITS y VIH:

- Existen preservativos para hombres y para mujeres. En el Ecuador, los preservativos para hombres se pueden adquirir en cualquier farmacia, supermercado o centro de salud. Los preservativos para mujeres aún no están disponibles en estos lugares, sin embargo, hay empresas que están introduciéndolo en el mercado nacional y organizaciones comunitarias en la cultura y hábitos sociales
- En la legislación nacional existe el Acuerdo del Ministerio de Salud Pública No. 396 que norma la comercialización y distribución de condones de latex natural. El Acuerdo establece que los condones que se distribuyan y comercialicen en el Ecuador deben cumplir con la norma de calidad INEN y es el Ministerio de Salud el encargado de su cumplimiento.
- También establece que se deben instalar dispensadores de condones en bares, cantinas, licorerías, casas de cita, casas de tolerancia, discotecas, salas de masaje y otros lugares de diversión de adultos, así como en universidades y otros lugares públicos, para promover la prevención de ITS y VIH.
- El artículo 23 del Acuerdo determina que el Estado, a través del Programa Nacional de VIH/sida y los establecimientos de salud pública, entregará condones de calidad a grupos vulnerables, considerando la importancia de su uso para prevención de ITS y el VIH, de la siguiente manera: **16 condones al mes para personas que viven con VIH; 12 condones al mes para personas privadas de libertad; 15 condones por 1 vez a personas con infecciones de transmisión sexual.**
- Esta distribución de condones puede hacerse también a través de organizaciones de la sociedad civil y redes de personas que viven con VIH, las cuales suelen entregar condones a sus comunidades, con apoyo de recursos externos.

## Derechos humanos y sexualidad

Ha sido aprobada la nueva Constitución Política del Ecuador, con varios aspectos muy importantes en cuanto a defensa y protección de los derechos humanos, entre esos los derechos sexuales y/o reproductivos. Es importante saber qué dicen sus artículos respecto a la salud sexual, a las infecciones de transmisión sexual y al VIH/sida.

### TÍTULO II DERECHOS Capítulo Primero. Principios de aplicación de los derechos

Artículo 11, literal 2  
"Todas las personas son iguales y gozarán de los mismos derechos, deberes y oportunidades.

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

### Capítulo Segundo Derechos del buen vivir Sección séptima. Salud

Artículo 32.- "La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos, el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos, y otros que sustentan el buen vivir".

"El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y al acceso permanente oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de la salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional".

### Capítulo Tercero Derechos de las personas y grupos de atención prioritaria Sección séptima. Personas con enfermedades catastróficas

Artículo 50.- "El Estado garantizará a toda persona que sufra de enfermedades catastróficas o de alta complejidad el derecho a la atención especializada y gratuita en todos los niveles, de manera oportuna y permanente".

### Capítulo Sexto Derechos de libertad

Artículo 66, literal 9.- "El derecho a tomar decisiones libres, informadas, voluntarias y responsables sobre su sexualidad, su vida y orientación sexual. El Estado promoverá el acceso a los medios necesarios para que estas decisiones se den en condiciones seguras"

Este texto es muy amplio y garantiza el goce y respeto de los derechos de las personas a una vida sexual libre y responsable, promoviendo la educación e información, el respeto a las diversidades sexuales, con una clara cultura preventiva y el acceso universal a los servicios de salud con calidez y calidad.

## ¿Qué son las ITS?

Las infecciones de transmisión sexual (ITS), conocidas también como enfermedades venéreas, son las que se transmiten mediante las relaciones sexuales vaginales, anales u orales sin protección (sin usar condón). Algunas ITS no presentan síntomas visibles, por lo que es recomendable un chequeo regular si una persona es sexualmente activa y no usa preservativo en todas sus relaciones sexuales.

Como cualquier infección, cuando se presenta algún síntoma o se cree que una persona puede tener una ITS, lo primero que debe hacer es acudir al médico y hablar abiertamente sobre el tema. El médico sabrá si el caso requiere un tratamiento inmediato o no, pero es importante no auto-meducarse y completar el tratamiento tal como lo manda el doctor.

## ¿Cuáles son los síntomas más comunes de las ITS?

- Ardor al orinar
- Flujo blanco-amarillento anormal en los genitales (pene o vagina)
- Llagas o verrugas en el pene, la vagina o el ano
- Comezón y/o dolor en los genitales
- Dolor en la parte baja del abdomen (mujeres)
- Sensación de pesadez en los testículos

Estas molestias pueden durar unos días y después desaparecer, sin que esto signifique que haya terminado la infección.

## Algunas ITS más comunes son:

### GONORREA

Se caracteriza por ardor al orinar, flujo blanco-amarillento (pus) por el pene o la vagina y dolor o picazón en el ano. Es importante recibir tratamiento a tiempo, caso contrario puede causar infertilidad.

### CANDIDIASIS

Enfermedad producida por un hongo, más frecuente en las mujeres. Se presenta con flujo blanco como leche cortada sin olor, con picazón y dolor durante las relaciones sexuales. Pocas veces es afectado el varón pero es necesario que se trate a tiempo.

### SIFILIS

Aparece primero con una llaga única de color rojizo en los genitales, ano y/o boca, que desaparece por sí sola y no duele. Luego de 2 a 3 meses aparecen manchas en el cuerpo, fiebre, decaimiento, dolores musculares y caída del cabello. Si no se trata oportunamente, entre los 5 y 20 años después puede causar graves daños en el corazón, huesos, cerebro e incluso la muerte si no se trata.

### HERPES GENITAL

Se presenta con pequeñas llagas o ampollas muy dolorosas (ardor) en los genitales o alrededor del ano. Luego de una a tres semanas desaparecen y vuelven a aparecer en un tiempo. El herpes puede presentarse en la boca cuando hay contacto con los genitales infectados. El herpes genital no tiene cura, pero es controlable con un adecuado tratamiento médico.

### CHANCRO BLANDO

Se presenta con varias llagas muy dolorosas en los genitales, pero desaparecen con un tratamiento médico oportuno.

### HEPATITIS B:

Infección que se transmite por vía sexual sin protección y/o sanguínea, afecta principalmente al hígado y se debe mantener en control porque puede progresar hasta cirrosis. Existe una vacuna para prevenir la hepatitis B pero una vez contraída no tiene cura.

### PAPILOMA VIRUS HUMANO

Se presenta con verrugas no dolorosas solas o agrupadas en forma de coliflor en la vagina, el pene o el ano. Crecen más rápidamente durante el embarazo o en personas con defensas bajas. En las mujeres las verrugas pueden alojarse en el cuello de útero, lo que puede ocasionar si no se trata a tiempo cáncer uterino o de colon. Esta infección es incurable, aunque existen tratamientos para mitigar la enfermedad.

## Algo muy Importante para La Prevención:

Las ITS pueden ser una puerta abierta para el virus de inmunodeficiencia humana VIH, ya que muchas ITS se presentan con laceraciones, llagas o úlceras superficiales que son una entrada para el virus, y también porque si una persona adquirió una ITS es muy probable que tuvo relaciones sexuales sin protección, por lo que también pudo haberse infectado con VIH si la pareja sexual era una persona que vive con el virus.

La mejor forma de prevenir las ITS y el VIH es con educación e información adecuada. Esta información mejora la percepción del riesgo que le ayudará a utilizar siempre de forma correcta y en cada relación sexual un preservativo o condón, ya sea masculino o femenino.



### MÉTODOS DE PREVENCIÓN

- Uso de Preservativos
- Tener una pareja estable
- Tener en cuenta equipos o materiales desechables para inyección y o transfusión sanguínea

guinea



### PRONÓSTICO

El VIH es una afección médica crónica que se puede tratar, pero que **aún no se puede curar**. Existen formas efectivas de prevenir complicaciones y retardar, aunque no siempre evitar, la progresión hacia el SIDA.



Prevenir el SIDA está en tus manos



### RECOMENDACIONES ANTE LA PRESENCIA DEL VIH

- Consejería pre y post prueba
- Pruebas confirmatorias
- Notificación y vigilancia epidemiológica
- Administración de Antirretrovirales ARV
- Terapia antirretroviral para la mujer embarazada VIH+
- Atención del parto por Cesárea Programada
- Alimentar con Formula y evaluación periódica al RN
- Conocer Carga Viral antes de la intervención Quirúrgica
- Realizar Examen de CD4, CD8 y Carga Viral cada 4 meses
- El recuento de células CD4, CD8 y Carga Viral te ayudará a calcular cuándo debes empezar el tratamiento antirretroviral (TAR) , y si es necesario que comiences a tomar medicamentos para prevenir las infecciones relacionadas con el SIDA.

UNIDAD DE INFECTOLOGÍA

**DR. CARLOS ALMEIDA**  
CIRUJANO DIGESTIVO



HOSPITAL PROVINCIAL  
DR. VERDI CEVALLOS BALDA

Ministerio de Salud Pública



VIH

Virus de Inmunodeficiencia Humana



El SIDA, o síndrome de inmunodeficiencia adquirida es producido por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), que fue reconocido por vez primera en 1981.

UNIDAD DE INFECTOLOGÍA

**DR. CARLOS ALMEIDA**

CIRUJANO DIGESTIVO

### MODO DE TRANSMISIÓN DEL VIH



El VIH sólo se puede transmitir a través del contacto entre fluidos corporales que poseen una alta concentración viral.

Las principales formas de transmisión son:

- Sexual: incluyendo sexo oral, vaginal y anal
- Parenteral: por transfusiones de sangre, punciones accidentales con agujas o por compartir agujas
- Vertical (de madre a hijo). La transmisión puede ocurrir durante las últimas semanas del embarazo, durante el parto, o al amamantar al bebé.

El virus **NO** se transmite de manera casual como por:

- Abrazos
- Besos Secos
- Saludos con la Mano



REPLICACIÓN VIRAL



### SINTOMAS

Los síntomas relacionados con el VIH por lo general se deben a una infección diferente en el cuerpo. Algunos síntomas relacionados con la infección por VIH comprenden:

- Diarrea por más de un mes
- Pérdida de mas del 10% del peso corporal
- Fiebre de 38°y40°C
- Tos persistente por mas de un mes
- Candidiasis Bucal y Vaginal
- Dolor de cabeza
- Úlceras bucales
- Rigidez o dolor muscular
- Erupción cutánea
- Dolor de garganta
- Inflamación de los Ganglios



Candidiasis Vaginal

### DIAGNÓSTICO

Los exámenes:

- **ELISA**
- **Inmunotransferencia para VIH**

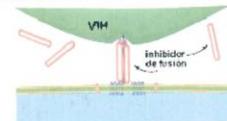


Estos detectan anticuerpos contra el virus de la inmunodeficiencia humana en la sangre.

Ambos exámenes tienen que ser positivos para confirmar una infección por VIH.

### TRATAMIENTO

- El tratamiento antirretroviral (ART) es el recomendado para la infección por el VIH.
- Evita que el virus se multiplique y destruya los linfocitos CD4 que combaten la infección.



- Se recomienda no dejar el tratamiento a pacientes que tienen un conteo CD4 por debajo de 500 células/mL.
- Las mujeres embarazadas y las personas con problemas neurológicos o renales relacionados con el VIH, pueden necesitar tratamiento sin importar su conteo de CD4.



Estos fármacos se clasifican en 4 clases:

- Inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de los nucleósidos (ITIN)
- Inhibidores de la transcriptasa inversa no análogos de los nucleósidos (ITINN)
- Inhibidores de la proteasa (IP)
- Inhibidores de fusión (IF)

UNIDAD DE INFECTOLOGÍA (HVCB)

monitoreo a los proyectos productivos en ejecución, con el objeto de revisar posibles dificultades u obstáculos y sobre todo soluciones para el adecuado desarrollo de los proyectos y que estos cumplan con el propósito esencial de brindar trabajo digno a las personas afectadas por el VIH, mejorar sus ingresos y nivel de vida.

#### 6. Pasantías de potenciales beneficiarios a proyectos productivos exitosos:

Con el ánimo de incentivar el desarrollo de emprendimientos productivos, la propuesta de Desarrollo Económico de personas con VIH contempla la realización de pasantías de potenciales beneficiarios-as del Fondo de Crédito a otras iniciativas productivas exitosas en funcionamiento e intercambio de experiencias entre emprendedores-as participantes del programa.

#### 7. Conformación de Redes Solidarias de comercialización y participación en espacios de promoción y comercialización:

Un aspecto vital para el éxito de los proyectos productivos y emprendimientos microempresariales es contar con un adecuado sistema de comercialización que facilite la compra - venta de los diferentes bienes y servicios producidos. Por ello, la estrategia de desarrollo económico complementa el impulso y la participación en diversas redes de comercialización solidaria, ferias populares y otros espacios de comercialización.



**¡Recuerda si eres una persona con VIH y no tienes un trabajo estable esta puede ser tu oportunidad!  
Porque las personas con VIH pueden salir adelante y desarrollar actividades productivas que les permita mejorar sus condiciones de vida**

**PARA MAYOR INFORMACIÓN COMUNICARSE A:  
COALICIÓN ECUATORIANA DE PERSONAS CON VIH/SIDA (CEPVVS)**

[www.coalicionecuatoriana.org](http://www.coalicionecuatoriana.org)

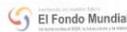
QUITO	BAJAS
Calle Juan Aguirre N30-77 y Cuero y Canado, planta baja Telfs.: 022 522 202 / 022 569 929 info@coalicionecuatoriana.org	Av. 39 y calle 54, al lado del Hotel Manhattan, Ciudadela Italiana Telf.: 042 930 682 m.munoz@coalicionecuatoriana.org
SUMAMOR	ESMERALDAS
Calle Lorenzo de Ceráscar No. 919 entre 9 de Octubre y Alvar, 3er piso, et. 3A Telf.: 042 530 988 cepvvs@cepvvs.com a.yanez@coalicionecuatoriana.org	Calle Espinoza, entre Olmedo y Sucre, Edificio O1 Mercedes, 2do. piso Telf.: 062 714 008 p.salazar@coalicionecuatoriana.org
PORTUAFUERO	LOJA
Calle 12 de Marzo y María Auxiliadora, Centro de Salud N°1, Junto al Hospital Vero Quevedo Telf.: 092 857 112 m.velaz@coalicionecuatoriana.org y.ortiz@coalicionecuatoriana.org	10 de Agosto No.18-37 entre Lisano Guerrero y Ramón Pinto. Edif. Agrifranco 2do. piso Telf.: 072 573 075 a.serrano@coalicionecuatoriana.org
GUAYAS	MANABÍ
Calle 7 de Octubre No. 211 y Tercera (esquina), planta alta, oficina 11 Telf.: 022 755 952 p.perez@coalicionecuatoriana.org	Calle Sucre No. 603 y Junín (esq. Edif. El Pajaro) 2do. piso, oficina 1 Telf.: 072 937 139 j.moscoso@coalicionecuatoriana.org
TOURNAI	MAJAGUAYO
Telf.: 090 822 169 / 066 577 614 w.ustarria194@icmail.com marcelo.garzon11@hotmail.com	Av. Latorcunga No. 966 y Ordoñez Telf.: 062 358 056 janharcos@hotmail.com

Material producido como parte del Proyecto "Mejoramiento de la calidad de vida de las personas con VIH en el Ecuador"

**Coalición ECUATORIANA P.V.V.S.**

Sub-receptor Proyecto Ecuador VIH Ronda 9 Fondo Mundial

Con el apoyo de:



## Programa de Desarrollo Económico para personas que viven con VIH en Ecuador

Coalición ecuatoriana de personas que viven con VIH (CEPVVS)

Agosto 2011



### Antecedentes

Uno de los objetivos de la Coalición ecuatoriana de personas que viven con VIH (CEPVVS) es el mejoramiento de las condiciones de vida de las personas que viven con VIH (PVV) en el Ecuador, para lo cual se llevan a cabo acciones para el desarrollo económico de estas personas que, por varias razones relacionadas con el estigma y la discriminación, pueden tener mayores dificultades para acceder a un trabajo digno y estable o desarrollar un emprendimiento productivo.

En ese contexto, como parte del objetivo 3 del Proyecto Ecuador VIH Ronda 9 del Fondo Mundial, cuyo receptor principal para la sociedad civil es Corporación Kimirina, la CEPVVS como sub-receptora de ese objetivo, lleva a cabo una Estrategia de Desarrollo Económico para personas con VIH y familiares en el Ecuador. Esta estrategia se complementa también con recursos provenientes del proyecto "Empoderamiento de las personas que viven con VIH en el Ecuador para fortalecer su participación en la respuesta nacional a la epidemia", con el apoyo de la Cooperación Internacional Alemana (GIZ).

Para llevar a cabo esta propuesta de desarrollo económico de personas con VIH y familiares en Ecuador, la CEPVVS firmó un convenio de cooperación con el Comité del Fondo Ecuatoriano de Préstamos del Ecuador (ECLOF-E).

### Componentes

#### 1. Sondeo de necesidades y expectativas productivas de personas con VIH:

Para conocer las expectativas productivas y necesidades de la población objetivo, se aplicó una encuesta a personas que viven con VIH en 8 provincias del país, cuyos resultados permitirán direccionar las acciones de capacitación y asistencia técnica, así como otras relacionadas con el funcionamiento del Fondo de Crédito.

#### 2. Capacitación Técnica:

La propuesta incluye procesos de formación a los-as potenciales beneficiarios- en los siguientes temas:

- Planes de negocio y flujo de caja
- Marketing y ventas
- Optimización de créditos productivos
- Capacitación individualizada en diversos artes, oficios y carreras técnicas.
- Liderazgo

#### 3. Asistencia Técnica en elaboración de proyectos productivos y planes de negocio:

Como parte del convenio CEPVVS - ECLOF, esta organización dispondrá de personal técnico para brindar asesoría y asistencia técnica para la

construcción de los proyectos productivos a ser apoyados por el Fondo de Crédito, así como sus planes de negocio y flujos de caja.

#### 4. Entrega de créditos para proyectos productivos:

A los proyectos productivos adecuadamente elaborados, ya sea para iniciar actividades o para ampliar o mejorar negocios ya existentes, y si los-as emprendedores cumplen con los requisitos establecidos en el Reglamento de Crédito, se les otorgará un crédito en condiciones ventajosas de acuerdo a su capacidad de pago y tipo de emprendimiento productivo a desarrollar.

- Los créditos serán desde USD 500 hasta USD 5.000 y el plazo máximo hasta 30 meses.
- Ya sea el deudor principal y/o el garante deberá ser una persona que vive con VIH.
- Se podrán realizar créditos individuales o en grupos solidarios.
- El interés del crédito será más bajo que el establecido por el Gobierno Nacional para este tipo de transacciones financieras.

#### 5. Seguimiento y monitoreo de los créditos y proyectos productivos:

Tanto el personal técnico de ECLOF, como el personal de CEPVVS, realizan permanente seguimiento y

Recuerda si eres una persona que vive con VIH cuentas con la Coalición ecuatoriana de personas que viven con VIH/sida (CEPVVS), estamos para apoyarte.

**QUITO:**

Calle Juan Agama N30-77 y Cuero y Caicedo, planta baja  
Telfs.: 022 522 202 / 022 569 929  
info@coalicionecuadoriana.org

**GUAYAQUIL:**

Calle Lorenzo de Caracá No. 919 entre 9 de Octubre y Vélez, 3er piso, of. 3A  
Telf.: 042 530 968  
cepvsqyas@hotmail.com  
a.yanco@coalicionecuadoriana.org

**PORTOVEJO:**

12 de Marzo y María Auxiliadora, Centro de Salud Nº1  
Telf.: 052 657 112  
m.valez@coalicionecuadoriana.org  
y.ortiz@coalicionecuadoriana.org

**QUEVEDO:**

Calle 7 de Octubre No. 211 y Tercera (esquina), planta alta, oficina 11  
Telf.: 052 758 952  
p.perez@coalicionecuadoriana.org

**SALINAS:**

Telf.: 042 930 682  
m.muno@coalicionecuadoriana.org

**BABAHOYO:**

Calderón entre 10 de Agosto y 5 de Junio, Edif. El Monarca Nº2, 1er. piso  
Telf.: 090 822 169 / 085 577 614  
wquintana1944@hotmail.com  
marisol-garzon1@hotmail.com

**ESMERALDAS:**

Calle Espejo s/n, entre Olmedo y Sucre, Edificio CN Modelos, 2do. piso.  
Telf.: 062 714 008  
p.salaza@coalicionecuadoriana.org

**LOJA:**

10 de Agosto 18-37 entre Lauro Guerrero y Ramón Pinto, Edif. Autofreno, 2do. piso  
Telf.: 072 573 075  
e.savinovich@coalicionecuadoriana.org

**MACHALA:**

Sucre 803 y Junín (esc), Edif. El Regajo, 2do piso, oficina 1  
Telf.: 072 937 139  
j.moscoso@coalicionecuadoriana.org

**NUEVA LOJA:**

Av. Latacunga No. 966 y Orellana  
Telf.: 062 358 096  
javierco@hotmail.com

[www.coalicionecuadoriana.org](http://www.coalicionecuadoriana.org)

Material producido por:

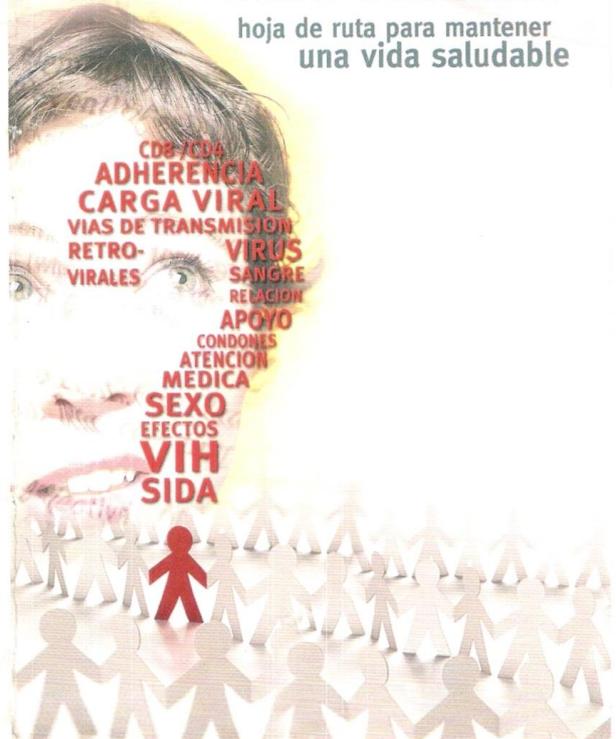


Con el apoyo de:



# Lo que una persona que vive con VIH debe conocer:

hoja de ruta para mantener una vida saludable



también si tiene alguna enfermedad definitoria de sida "oportunistas".

Una vez iniciado, el TAR debe ser tomado durante toda la vida, caso contrario, el VIH puede crear resistencia a los medicamentos, seguir reproduciéndose y destruyendo los CD4, con lo cual hay más probabilidades de causar el sida.

### ¿QUÉ ES LA ADHERENCIA?

Adherencia es tomar los medicamentos y seguir un tratamiento tal como lo indica el médico, en cuanto a la dosis exacta, la hora indicada y de la manera adecuada (por ejemplo con o sin comidas). La adherencia también incluye llevar un estilo de vida saludable, evitar el consumo de drogas y alcohol, hacer ejercicios físicos periódicamente, disminuir las tensiones y el estrés.



### ¿QUÉ SON LOS EFECTOS SECUNDARIOS?

Efectos secundarios son las acciones o efectos negativos que causa un medicamento. Los ARV, como todo medicamento, tienen efectos secundarios y estos varían de acuerdo al tipo y a la persona que los tome. No todos los efectos secundarios son experimentados

- Las PVV deben considerar la posibilidad y el momento adecuado para informar a sus parejas sexuales sobre su estatus serológico.
- Para las PVV es importante contar con alguien de su confianza (familia o amigos) que los apoye. Pero cada PVV tiene el derecho de decidir a quién y cuándo contar su condición de salud.
- Es bueno organizarse en grupos de ayuda mutua, para poder compartir experiencias, alegrías, tristezas, emociones, sentimientos y conocer a otras PVV.
- Una buena alimentación y nutrición es vital para mantenerse saludable y fortalecer el sistema inmunológico, impidiendo que aparezcan las enfermedades oportunistas.
- Es importante que una PVV conozca muy claramente en qué magnitud ha atacado el VIH a su sistema inmunológico. Para eso hay dos exámenes de laboratorio básicos que debe realizarse, que son: para medir los CD4 y la carga viral.

### ¿QUÉ SON LAS CÉLULAS CD4?

Las células CD4 son los linfocitos T que forman parte del sistema inmunológico, que



## APÈNDICE 8: FOTOGRAFÌAS



**Organización de Casa Abierta y Capacitación**



**Exposición de material para Casa Abierta y Capacitación**



**Organización de Casa Abierta y Capacitación**



***Inauguración de Casa Abierta y Capacitación***



***Dr. Carlos Almeida, durante el desarrollo de Casa Abierta y Capacitación***



***Dra. Marcia Hinojosa, en su intervención durante el desarrollo de Casa Abierta y Capacitación***



*Asistentes a la Casa Abierta y Capacitación sobre Adherencia al Tratamiento del VIH/Sida.*





***Dr. Carlos Rodríguez, en su intervención durante el desarrollo de Casa Abierta y Capacitación***



***Dra. Maribel Barriga, en su intervención sobre adherencia al tratamiento del VIH durante el desarrollo de Casa Abierta y Capacitación***



***Dr. Carlos Almeida, Dr. Gene Alarcón, Director Médico del Hospital y Dra. Maribel Barriga, durante el desarrollo de Casa Abierta y Capacitación***



***Dr. Carlos Almeida, Dr. Gene Alarcón, durante la caracterización a pacientes con VIH/Sida***



***Dr. Carlos Almeida, con pacientes caracterizados de VIH/Sida***



***Pacientes caracterizados de VIH/Sida***



**COALICIÓN ECUATORIANA P.V.V.S.**

**NÚCLEO PORTOVIEJO**



## **APÈNDICE 9: PROGRAMA DE CAPACITACIÒN**



### **UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA HOSPITAL “DR. VERDI CEVALLOS BALDA” DE PORTOVIEJO**

#### **PROGRAMA DE CAPACITACIÒN SOBRE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES CON VIH/SIDA QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL “DR. VERDI CEVALLOS BALDA” DE PORTOVIEJO.**

### **INTRODUCCIÒN**

La adherencia al tratamiento ha sido pensada por la biomedicina, desde el paradigma médico, como un comportamiento, una actitud de cumplimiento o incumplimiento del tratamiento, y es desde esa perspectiva que se vienen estudiando los factores que fortalecen o conspiran contra ella.

La biomedicina plantea una separación entre, por un lado, la enfermedad como cosa en sí que posee una lógica y un devenir natural conocido a partir del uso del método científico, racional y experimental propio del paradigma positivista. Y, por el otro, la experiencia humana y social de ésta. De éste modo la persona se presenta como huésped de la enfermedad y su experiencia se torna cualidad secundaria - que se añade- a la patología.

A través de su intervención médica y del saber profesional, el cuerpo resulta objetivado y expropiado de la sociabilidad y subjetividad del “paciente”, la cual es reintegrada como factor social y psicológico.

La adherencia es pensada habitualmente en término de las acciones que un individuo realiza con el fin de mejorar su estado de salud y que coinciden con las prescripciones biomédicas. Implícito es esta definición de la adherencia está que el comportamiento de un paciente se evalúa en términos del punto de vista del médico. Así se ha planteado que las recomendaciones médicas se basan en teorías acerca de los comportamiento adecuados de los pacientes frente a la acción del virus.

El problema de la promoción de cuidados de sí y de otros se reduce, entonces, a encontrar las maneras de educar y motivar a las personas a adoptar el curso más adecuado de acción. Desde una perspectiva intelectual lista e individualista, se pondera el individuo racional y prevalece una visión del paciente como alguien que es receptor de los consejos, prescripciones y cuidados; que evalúa síntomas, recursos disponibles y toma decisiones voluntarias como un individuo racional y autónomo que juzga y maximiza beneficios.

Adherencia se construye entonces sobre la base de un modelo del "debe ser" caracterizado por una fuerte marca de responsabilidad individual de las personas frente a la enfermedad y su resolución. Así se plantea una tipología discursiva que clasifica a los pacientes en buenos y malos, es decir, en pacientes adherentes o potencialmente adherentes y en pacientes no adherentes. Estas tipologías se construyen habitualmente a partir de la aplicación de enfoques clasificatorios basados en las categorías de riesgo. De este modo, se reintroduce el establecimiento de fronteras entre los "normales" y los "anormales", al igual que lo hicieron los grupos de riesgo que fueron definidos a partir de la reducción de individuos a comportamientos causales y reagrupados de acuerdo con la creencia de que esos comportamientos eran comunes a todos.

Para abordar la problemática desde una perspectiva que dé cuenta de su complejidad superando los enfoques reduccionistas, creo que es necesario poner en cuestión los planteamientos esencialistas de características y tipologías de pacientes por fuera de la consideración de las condiciones y modos, y experiencias de vida de los sujetos afectados; cuestionar las concepciones que delimitan la actividad clínica como contrato y la idea de autonomía de los pacientes aislada de los contextos institucionales, políticos y económicos de los sistemas de salud; e, ir más allá de la visión biomédica que reduce la "adherencia" a las respuestas del organismo a los antirretrovirales y a la actitud racional o irracional del paciente.

## **OBJETIVO GENERAL**

Brindar conocimientos sobre la adherencia al tratamiento, a las usuarias/os que acuden a la Consulta Externa Especializada del Hospital "Dr. Verdi Cevallos Balda" de Portoviejo, con el fin de disminuir sus complicaciones.

## OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Adiestrar al Equipo de Salud sobre el Plan de Adherencia al Tratamiento
- Capacitar a las/os usuarias/os sobre la adherencia al tratamiento
- Educar sobre salud integral

## BENEFICIARIOS

- Equipo de salud del Hospital “Dr. Verdi Cevallos Balda” de Portoviejo.
- Usuaris/os con VIH/Sida de la Consulta Externa Especializada.

## RECURSOS:

**HUMANOS:** Facilitadores, Equipo de Salud del Hospital.

**MATERIALES:** Computadora, infocus, pizarra líquida, cámara fotográfica, paleógrafos, material de oficina.

**ECONÓMICOS:** propios del maestrante.

## EJECUCIÓN

**Actividades previas:** Coordinación con autoridades del Hospital “Dr. Verdi Cevallos Balda”, entrevistas y oficios a conferencistas, elaboración de material educativo.

**Actividades de fondo:** Acreditación a participantes, inauguración del evento, presentación de expositores, ejecución de la programación diaria con conferencias, trabajo en grupos.

## EVALUACIÓN:

En base a las actividades programadas y cumplidas

## CRONOGRAMA DE CAPACITACIÓN

### “ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON VIH/SIDA”

Dirigido al equipo de salud del Hospital “Dr. Verdi Cevallos Balda” del Cantón Portoviejo

TEMA	FECHA	HORA	EXPOSITOR	ACTIVIDADES	MATERIALES
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO PARA PACIENTES CON VIH/SIDA.	16/10/2012	08H30 a 12H30	Dra. Maribel Barriga	Técnica Motivacional Charlas	Recursos humanos Papelògrafos
FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO PARA PACIENTES CON VIH/SIDA	17/10/2012	08H30 a 12H30	Dr. Ángel I. Alcívar Bravo.	Trabajos en grupo Exposición y plenarias.	Infocus Materiales de imprenta. Diapositivas

ATENCIÓN INTEGRAL AL PACIENTE CON VIH/SIDA	18/10/2012	08H30 a 12H30	Dr. Meliton García Cañarte		
MÉTODOS PARA VALORAR LA ADHERENCIA	19/10/2012	08H30 a 12H30	Dra. Marcia Hinojosa		
ESTRATEGIAS PARA MEJORAR LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO	22/10/2012	08H30 a 12H30	Dr. Carlos Almeida Cruz.		
PROGRAMA DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA	23/10/2012	08H30 a 12H30	Dr. Eduardo Morales M.		
COMO SE DEBE CUMPLIR EL TRATAMIENTO	24/10/2012	08H30 a 12H30	Dr. Freddy Menéndez		
MÉTODOS PARA CONSEGUIR ADHERENCIA EN EL TRATAMIENTO	25/10/2012	08H30 a 12H30	Dr. Álvaro Ponce P.		
CALIDAD DE ATENCIÓN AL PACIENTE CON VIH/SIDA	26/10/2012	08H30 a 12H30	Dr. Javier Vallejo		
ATENCIÓN INTEGRAL AL PACIENTE CON VIH/SIDA	29/10/2012	08H30 a 12H30	Dra. Karina Encalada		
IMPORTANCIA DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO	30/10/2012	08H30 a 12H30	Dra. Carlina Delgado U.		
SENSIBILIZACIÓN A PACIENTES CON VIH/SIDA	31/10/2012	08H30 a 12H30	Dr. Jonathan Vera		

**HOSPITAL REGIONAL  
"DR. VERDI CEVALLOS BALDA"  
PORTOVIEJO  
CONSULTA EXTERNA**

**PLAN DE SENSIBILIZACIÓN DE  
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DEL VIH**

**SOCIALIZADO POR:  
DR. CARLOS ALMEIDA CRUZ**

**2012**

## 1. INTRODUCCIÓN

La adherencia al tratamiento sigue siendo foco de atención de profesionales sanitarios e investigadores, por lo que se ha considerado oportuno efectuar una revisión y actualización de dicho documento de consenso, basada en las actuales recomendaciones respecto al tratamiento antirretroviral

Han aparecido diversas publicaciones referidas a la adherencia al tratamiento antirretroviral durante los últimos años. En algunos casos se trata de guías de actuación o revisiones, en otros casos se analizan las formas de medición y su fiabilidad; este último tema es especialmente importante pues la validez de los resultados que se analizan depende de la forma de evaluarlos. No parece muy acertado el buscar métodos fiables pero complejos que pueden ser válidos para ensayos clínicos pero poco útiles en la práctica clínica habitual. Parece claro que para medir la adherencia deben utilizarse varios métodos combinados pero de fácil realización. La combinación de métodos se hace necesaria, pues se ha comprobado que algunos son poco útiles en determinados tipos de población<sup>9</sup>.

Una buena relación entre el personal sanitario y los pacientes facilita la obtención de una adecuada información sobre la adherencia. En este sentido se ha publicado un metaanálisis sobre la adherencia referida por los pacientes que incide en este tema.

Hay también otro estudio, que evalúa la utilidad de una Escala Analógica Visual (EVA), para medir la adherencia al tratamiento antirretroviral.

También existen numerosos estudios que analizan factores que influyen en la adherencia y pueden utilizarse de indicadores o predictores de una mala adherencia, permitiendo seleccionar aquellos pacientes que precisan una atención especial.

Lógicamente uno de los factores es el tipo de tratamiento y existen más evidencias de que la simplificación del tratamiento puede mejorar la adherencia.

Los recursos necesarios para tratar a cada paciente con TAR durante un año alcanzan un valor entre 9.500 y 10.000 dólares. Los estudios realizados por el MSP, muestran que entre un 20% y un 50% de pacientes con TAR activo presentan una adherencia inadecuada al mismo. Por ello, la falta de adherencia al TAR debe ser

contemplada, en el seno de un Sistema Público de Salud, como un problema de ineficiencia que impide alcanzar la efectividad clínica que puede conseguirse con los recursos de que se dispone para el tratamiento de la infección por el VIH.

No tenemos que olvidar, de todas formas, que la adherencia al tratamiento no es un objetivo en si misma, sino que lo que interesa es la eficacia terapéutica, medida por parámetros clínicos y biológicos (carga viral y nivel de CD4). Relacionada con estos 3 parámetros debe preocupar también la prevención de la aparición de resistencias a los fármacos. En este sentido, se va conociendo mejor que la aparición de resistencias y la eficacia terapéutica depende de las diferentes combinaciones de fármacos incluso partiendo de un nivel de adherencia similar.

Existen también estudios publicados que analizan los resultados de intervenciones que pretenden mejorar la situación. Encuentran una relación directa entre la adherencia al tratamiento y la calidad de vida de los pacientes. Por lo tanto, las intervenciones a efectuar, deben estar dirigidas a mejorar la calidad de vida, lo que presumiblemente sólo puede conseguirse con un abordaje multidisciplinar e individualizado. Frente a nuevas constataciones de la importancia de la intervención farmacéutica, se aprecia un número importante de estudios que inciden sobre el papel de los aspectos psicológicos como el estrés o la depresión. También se ha constatado que algunas intervenciones no son útiles en determinados grupos de pacientes.

Todas estas reflexiones deben conducir a la conclusión de que se dispone de más y mejor información sobre la adherencia al tratamiento antirretroviral. Como resulta difícil aplicar intervenciones a todos los pacientes, se debería seleccionar a aquellos que inician un tratamiento o con antecedentes de mal cumplimiento previo, o que presentan factores predictores de mala adherencia. Las intervenciones deben ser multidisciplinarias e individualizadas y ajustadas a los nuevos patrones de transmisión de la infección.

El presente documento ha permitido revisar y emitir unas recomendaciones consensuadas para la mejora de la adherencia al TAR y tiene como principal objetivo, unificar los criterios y ayudar a todos los profesionales sanitarios dedicados al control clínico y terapéutico de estos pacientes (médicos, farmacéuticos, enfermeras, psicólogos y trabajadores sociales).

Para la elaboración de recomendaciones sobre determinadas intervenciones terapéuticas, el análisis cuidadoso de ensayos clínicos controlados en los que puedan objetivarse de manera clara los resultados de determinadas intervenciones es fundamental. Sin embargo, para llevar a cabo esta tarea es imprescindible, en ocasiones, aprovechar la información procedente de otro tipo de estudios como los de cohortes y los de casos y controles.

## **2. DEFINICIÓN DE ADHERENCIA**

Aunque no existe una definición universalmente aceptada, se propone la siguiente para los pacientes con infección por VIH: “adherencia es la capacidad del paciente de implicarse correctamente en la elección, inicio y control del TAR, que permita mantener el cumplimiento riguroso del mismo con el objetivo de conseguir una adecuada supresión de la replicación viral”.

Por lo tanto, la adherencia incorrecta no es solamente un porcentaje determinado a partir de las dosis de medicación no tomadas. La adherencia a corto y largo plazo es el resultado de un proceso complejo que se desarrolla a través de diferentes etapas: la aceptación del diagnóstico, la percepción de la necesidad de realizar el tratamiento de forma correcta, la motivación para hacerlo, la disposición y entrenamiento de habilidades para realizarlo, la capacidad de superar las barreras o dificultades que aparezcan, y el mantenimiento de los logros alcanzados con el paso del tiempo.

Los estudios realizados con los primeros tratamientos antirretrovirales de gran eficacia, permitieron afirmar que la máxima eficacia con el tratamiento antirretroviral necesitaba una adherencia prácticamente perfecta, de forma clásica superior al 95%.

Estudios recientes sugieren que con niveles menores de cumplimiento pueden conseguirse los objetivos terapéuticos en regímenes basados en inhibidores de transcriptasa inversa no análogos de nucleósidos e inhibidores de proteasa potenciados con ritonavir, especialmente en pacientes que consiguieron viremias indetectables.

### 3. FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ADHERENCIA

En los últimos años se han publicado múltiples trabajos que estudian las variables predictoras de la adherencia, incluyendo estudios de seguimiento longitudinal con varias determinaciones de adherencia, en distintas poblaciones (niños, adolescentes) y en países del tercer mundo. Sin embargo, existen muchas limitaciones que hacen difícil generalizar los resultados de los diferentes estudios: el método utilizado para medir la adherencia, los factores evaluados, la población estudiada y el diseño del estudio.

Los factores estudiados pueden clasificarse en tres grandes grupos: los relacionados con el individuo, con el tratamiento y con el equipo asistencial y sistema sanitario. En la tabla 1 se resumen los diferentes factores implicados en la adherencia al tratamiento antirretroviral.

**Tabla 1. FACTORES RELACIONADOS CON LA ADHERENCIA INCORRECTA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL**

PACIENTE		PERSONAL SANITARIO	TRATAMIENTO
Características	Actitudes		
Ausencia de soporte social o familiar.*	Desconfianza (sobre eficacia del tratamiento).	Interés por el tema.	Número de fármacos.*
Nivel socioeconómico.	Hostilidad (hacia los profesionales).	Satisfacción profesional.	Frecuencia de dosificación.*
Nivel educativo.	Vergüenza (estigma social).	Estilo de comunicación (directivo / interactivo)	Duración del tratamiento.*
Vivienda inestable	Temor (efectos adversos).	Actitud (distante / cordial).	Restricciones alimentarias.*
Uso activo de drogas.*	Fatalismo (pesimismo sobre la evolución).	Accesibilidad (consulta de dudas o problemas).	Efectos adversos.*
Alcoholismo.*			Intrusividad en el estilo de vida.
Depresión, Comorbilidad psiquiátrica.*			Tipo de tratamiento antirretroviral.

salud Conocimientos y creencias acerca del tratamiento. Edad. Sexo. Raza. Idioma**	Invulnerabilidad. Baja percepción de autoeficacia.* Insatisfacción con la atención sanitaria y relación sanitario- paciente	Prejuicios. Disponibilidad de recursos.	
---	--	---	--

Las características señaladas con \* son las que de forma más contundente se han relacionado con dificultad para una adherencia.\*\* Además del desconocimiento del idioma, se consideran las barreras de acceso al sistema sanitario (cultura sanitaria diferente, desconocimiento del sistema,...)

### 3.1. Factores relacionados con el Individuo

En general, las características socio-demográficas no son buenas predictoras del nivel de adherencia de un individuo. Sin embargo, algunos estudios han relacionado la adherencia con la edad, el sexo, la raza, el nivel cultural y la situación económica.

Otras características como disponer de domicilio fijo y soporte social o familiar y una buena calidad de vida relacionada con la salud, han mostrado una relación más sólida con una mejor adherencia.

Los factores de carácter psicológico juegan un papel clave en el cumplimiento. La ansiedad, la depresión y el estrés dificultan la consecución de una adherencia adecuada. Se han hallado síntomas depresivos en más de la mitad de los pacientes al inicio del tratamiento antirretroviral, el tratamiento de la depresión se asocia a una mayor y mejor utilización de los antirretrovirales y la asociación mala adherencia y depresión se ha relacionado con una mayor mortalidad. Dada la elevada prevalencia de estas enfermedades en los pacientes con infección por VIH es necesario considerar la intervención psicológica y psiquiátrica como parte importante de la asistencia habitual.

La adicción activa a drogas y/o alcohol, frecuente en nuestro medio y potencialmente tratable, constituye una barrera importante en la consecución de una adherencia óptima.

Por último, las actitudes y creencias de los pacientes respecto a la medicación, la enfermedad y el equipo asistencial son factores indiscutibles a la hora de aceptar el tratamiento propuesto y realizarlo de forma correcta. La capacidad del paciente para entender la relación entre adherencia y resistencia a la medicación, también ha mostrado predecir una mejor adherencia. Para que los pacientes realicen el tratamiento de forma adecuada es necesario que estén correctamente informados acerca de su enfermedad y tratamiento, entiendan la relación riesgo-beneficio y se sientan motivados.

### **3.2. Enfermedad**

La infección por VIH puede cursar de forma asintomática o sintomática y la aceptación y adherencia al tratamiento pueden ser diferentes en cada una de estas fases. Pocos estudios en pacientes VIH han tenido en cuenta estos factores. Los estudios que evalúan la relación entre el estadio CDC de la enfermedad y la adherencia han obtenido resultados contradictorios. En la mayoría no se ha encontrado asociación. Sin embargo, los pacientes en estadio B o C presentan una mejor adherencia que los pacientes en estadio A, ya que asocian el mal cumplimiento con un mayor riesgo de complicaciones. Algunos estudios sin embargo han encontrado una mayor discontinuación del TARGA en pacientes con cargas virales elevadas, quizás por no haber conseguido el control virológico, respecto a los pacientes con cargas virales bajas.

Las percepciones del personal sanitario y de los pacientes ante una patología en la que los conocimientos están en permanente cambio son importantes. Así, en los años noventa, al inicio de la monoterapia con zidovudina, las expectativas de los pacientes eran altas y la mayoría de estudios reflejaban un grado de adherencia de alrededor del 60%-80%. Pasados 2-3 años, el grado de aceptación y de adherencia bajó de forma considerable al 40%-60% debido, en parte, a los continuos fracasos del tratamiento antirretroviral, con lo que las expectativas bajaron considerablemente.

Pero a partir de 1996, cuando aparecen los inhibidores de la proteasa y se inician los tratamientos con terapia combinada, los resultados se tornan optimistas y esperanzadores, las expectativas mejoran y el grado de confianza, aceptación y adherencia vuelve a recuperarse lentamente. Por este motivo, algunos pacientes que no eran cumplidores con la monoterapia pueden ser buenos cumplidores con las nuevas terapias más complejas.

### **3.3. Tratamiento**

En numerosos estudios se ha demostrado que la adherencia al tratamiento antirretroviral disminuye cuando aumenta la complejidad del mismo. En los últimos años es probable que se haya alcanzado el máximo de la sencillez en cuanto a los esquemas posológicos. En pacientes no tratados se dispone de tratamientos coformulados que permiten pautas con 2-3 comprimidos diarios administrados en 1 ó 2 tomas sin restricciones dietéticas. Sin embargo, no se han hallado diferencias significativas en la adherencia entre la administración de fármacos en 1 o en 2 tomas al día, ni en pacientes con infección VIH ni en otras patologías crónicas

Un aspecto importante del régimen terapéutico, estudiado en los últimos años, es si en caso de omisión de dosis el riesgo de fracaso virológico es similar con todas las pautas. Algunos estudios parecen demostrar que con similares niveles de adherencia el riesgo de fracaso virológico es mayor con inhibidores de proteasa no potenciados, que con IPs potenciados y con NN.

También se ha sugerido que los regímenes basados en no nucleósidos presentan menor riesgo de mala adhesión en comparación con regímenes basados en IPs.

Sin embargo, resulta conveniente resaltar que en terapia de inicio, también, se ha demostrado una relación lineal entre nivel de adhesión y efectividad, cuando el tratamiento se basa en inhibidores no nucleósidos, por cada 10 % de incremento en el cumplimiento, se observó un 10 % de aumento en la proporción de pacientes que consiguen viremias indetectables sostenidas.

Otro aspecto a considerar, con posibles implicaciones prácticas es la relación entre la adhesión y el desarrollo de resistencias, que es más compleja que la idea establecida de que “la no adherencia aumenta el riesgo de resistencias”. Se han

encontrado las siguientes diferencias en función de las familias de fármacos: en pautas basadas en IP no potenciados se puede comprobar aparición de resistencias con niveles altos de cumplimiento; por el contrario, en pautas con NN las resistencias son inusuales en los pacientes muy cumplidores, dándose en los poco adherentes o en los que se toman vacaciones terapéuticas.

La interferencia con los hábitos, bien en el horario de trabajo o en ciertos momentos englobados en el contexto de la vida social del paciente, motiva que algunos de ellos dejen de tomar la medicación o que lo hagan en un horario incorrecto.

Otro factor que aumenta la complejidad del tratamiento son los requerimientos dietéticos. Determinados fármacos requieren una pauta muy estricta de dosificación porque su absorción se encuentra altamente condicionada a la presencia o ausencia de alimentos en el momento de la toma. Se ha demostrado que el porcentaje de pacientes no adherentes aumenta considerablemente cuando en la definición de adherencia también se tienen en cuenta las consideraciones dietéticas.

La aparición de efectos adversos constituye un factor claramente relacionado con la adherencia. Un elevado porcentaje de pacientes abandona el tratamiento para evitar la sintomatología que les producen las reacciones adversas, independientemente de la relevancia clínica que puedan tener. En el estudio multicéntrico APROCO los pacientes que refirieron un mayor número de síntomas tras el inicio del tratamiento con inhibidores de la proteasa presentaron, posteriormente, una peor adherencia.

Las alteraciones morfológicas son frecuentes y pueden tener importantes repercusiones psicológicas que hagan disminuir la calidad de vida del paciente y la adherencia al tratamiento antirretroviral. Varios estudios han establecido una relación estadísticamente significativa entre la percepción del paciente de los síntomas de lipodistrofia y el fracaso en el mantenimiento de la adherencia. Con el agravante de que una mejor adherencia al tratamiento antirretroviral se asocia con un mayor riesgo de lipodistrofia.

El impacto de la duración del tratamiento en la adherencia es controvertido. Mientras que algunos autores asocian la duración del TAR con una mejor adherencia, un estudio reciente relaciona la disminución del nivel de adherencia con llevar mucho tiempo en tratamiento, al igual que ocurre en otras enfermedades crónicas.

### **3.4. Equipo asistencial y sistema sanitario**

La relación que se establece entre el equipo asistencial y el paciente es de suma importancia. La confianza, continuidad, accesibilidad, flexibilidad y confidencialidad son factores que influyen de manera favorable. Probablemente los factores más importantes son el suministro de una información detallada y adecuada al nivel cultural del paciente y la toma de decisiones conjuntas en un marco de confianza mutuo.

Los resultados de estudios realizados con anterioridad en el que se valoraban diferentes aspectos de la relación médico-paciente (estilo de comunicación general, suministro de información específica acerca de la infección por VIH, participación en la toma de decisiones, satisfacción y confianza), sugieren que la calidad de esta relación es un factor importante de intervención para mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral.

Otros factores relacionados con el sistema sanitario como la accesibilidad al centro, disponibilidad de transporte, disponibilidad de guarderías y conveniencia con los horarios también pueden influir en la adherencia.

#### **Recomendaciones:**

- La evaluación de los posibles factores de riesgo para conseguir una adherencia óptima al tratamiento deberá servir para planificar intervenciones específicas para cada paciente que generalmente serán de carácter multifactorial y multidisciplinar (Nivel C).
- Ante una predicción de posible adherencia inadecuada al tratamiento por parte del paciente, en ningún caso se le negará al mismo el acceso y la posibilidad de realizarlo (Nivel C).

### **4. MÉTODOS PARA VALORAR LA ADHERENCIA**

El método ideal de medida de la adherencia debería ser altamente sensible y específico, permitir una medida cuantitativa y continua, fiable, reproducible, aplicable en diferentes situaciones, además de rápido y económico.

Los métodos para la valoración de la adherencia pueden clasificarse en directos e indirectos.

#### **4.1 Métodos directos**

##### *Concentraciones plasmáticas de fármacos antirretrovirales.*

Aunque se considera el método más objetivo, presenta muchas e importantes limitaciones. Así lo demuestran los diferentes estudios en este sentido. En unos a pesar de observarse niveles de fármacos inferiores en los pacientes no adherentes y una buena correlación entre las concentraciones y los cuestionarios, se han encontrado niveles plasmáticos considerados como adecuados en un porcentaje importante de pacientes con una baja adherencia autorreferida. En otros estudios, considerando exclusivamente este método como criterio de adherencia, no se han encontrado diferencias significativas respecto al control virológico. Algunos sin embargo demuestran que el nivel de fármacos es una variable que predice de forma independiente la respuesta virológica; mientras que en otros se ha encontrado una aceptable sensibilidad pero una baja especificidad para identificar la respuesta virológica.

Es importante también considerar que existen muchas variables intra e interindividuales que condicionan el comportamiento cinético de los fármacos antirretrovirales. El establecimiento de un umbral estándar para clasificar a los pacientes como adherentes o no adherentes resulta cuestionable. Serían precisas varias determinaciones en cada paciente, estudios farmacocinéticos poblacionales y un conocimiento preciso de aquellos factores que afectan al perfil cinético de cada uno de los fármacos, o al menos, a los grupos farmacológicos a los que pertenezcan. Si bien se están consiguiendo avances en estos campos, aún no es posible disponer de datos precisos fuera del ámbito de la investigación.

Por último cabe destacar que este método requiere unas técnicas analíticas caras y complejas, por lo que no es aplicable de rutina en la mayoría de nuestros hospitales.

Sin embargo, según criterio clínico puede ser de utilidad en alguna situación individualizada y debe considerarse, en base a su objetividad, en los ensayos clínicos destinados a evaluar la eficacia de nuevos fármacos o esquemas.

### *Evolución clínica y datos analíticos*

La evolución clínica y el resultado virológico e inmunológico no deberían considerarse métodos de estimación de la adherencia, sino más bien la consecuencia de ésta. En ese sentido, los estudios de adherencia deberían considerar sistemáticamente la relación entre sus resultados y los resultados virológicos de forma prospectiva.

#### *Recomendaciones:*

- Los métodos directos suelen adolecer de baja especificidad, por lo que no deben utilizarse individualmente (Nivel B). Considerar su utilización sólo en el ámbito de la investigación.
- La evolución clínica debe analizarse siempre que se estudie la adherencia, pero no debe considerarse como un método de estimación de ésta, sino como una consecuencia. (Nivel C)

## **4.2. Métodos indirectos**

### *Valoración del profesional sanitario*

La valoración de la adherencia de forma directa y subjetiva por parte de los clínicos es muy frecuente. Sin embargo, las diferentes experiencias publicadas han demostrado que los profesionales sanitarios sobreestiman notablemente la adherencia de los pacientes cuando ésta se compara con otros métodos.

El principal problema derivado de esta sobreestimación es que no se identifica a muchos pacientes no adherentes, perdiéndose así la oportunidad de intervenir sobre su conducta y pudiéndose tomar actitudes terapéuticas con un elevado grado de empirismo.

#### *Recomendaciones:*

- Evitar la valoración directa y subjetiva, por parte del profesional sanitario, por su conocida sobreestimación, ya que puede provocar decisiones subóptimas (Nivel B).

### *Sistemas de control electrónico*

Los sistemas de control electrónico de apertura de los envases (tipo MEMS o EDEM) son dispositivos a modo de tapa que contienen un microprocesador que registra la hora y día en que se ha abierto el envase. Esos datos son procesados posteriormente. Por el momento son el método más objetivo y fiable, teniendo una alta correlación con la efectividad del tratamiento. De esta forma, han servido como referencia en algunas publicaciones para establecer la validez de otros métodos.

No obstante, la utilidad de los MEMS ha sido cuestionada, y no solamente por su elevado coste económico. Estos dispositivos sólo son aplicables a determinados envases, exigen una disposición favorable del paciente, pueden ser manipulados, y, en un sentido estricto, la apertura del envase no implica necesariamente la toma de la medicación, ni puede excluirse la toma a pesar de no quedar registrada en el dispositivo. En cualquier caso, el hecho mismo de aceptar el dispositivo y la presencia continua de un sistema de registro, que supone de hecho una intervención, deben ser considerado como un posible sesgo a la hora de valorar la adherencia.

#### *Recomendaciones:*

- El uso de estos sistemas queda restringido al ámbito de la investigación clínica. Se debería emplear para la valoración de intervenciones con objeto de mejorar la adherencia, así como en la validación de otros métodos (Nivel A).

#### *Recuento de medicación*

Este método indirecto consiste en calcular la adherencia según la fórmula siguiente:

$$\% \text{ adherencia} = \frac{\text{n}^{\circ} \text{ unidades dispensadas} - \text{n}^{\circ} \text{ unidades devueltas}}{\text{n}^{\circ} \text{ unidades prescritas}} \times 100$$

Se ha utilizado con éxito en otras patologías crónicas debido a sus ventajas: es poco costoso, permite una medida cuantitativa, es objetivo y relativamente poco sofisticado. No obstante, cuando este método se ha aplicado al cálculo de la adherencia al TAR, se han puesto de manifiesto una serie de limitaciones que dificultan su aplicación rutinaria. En cualquier caso, aportar la medicación es molesto y aparatoso para el paciente, y recontarla resulta complejo para los profesionales sanitarios, por requerir tiempo y personal.

Además, esta medida es fácilmente manipulable y más cuando se solicita a los pacientes que colaboren aportando la medicación sobrante para proceder a su recuento o se realizan recuentos por sorpresa. Aunque el recuento de medicación produce una sobreestimación de la adherencia cuando se ha comparado con el sistema MEMS o incluso combinándolo con los registros del Servicio de Farmacia, es un método que por sus características se ha usado frecuentemente como patrón.

#### *Recomendaciones:*

- Es un método aceptable pero es conveniente utilizarlo en combinación con otros (Nivel B).
- Su uso rutinario exige disponibilidad de tiempo y personal, por lo que su implantación debería ir precedida de un estudio de factibilidad (Nivel C).

#### *Registros de dispensación*

Es un método indirecto que parte de la asunción de que un paciente no puede tomar la medicación que no le es dispensada y que toma de forma adecuada aquella que se le dispensa. Se ha visto una buena correlación con los resultados virológicos y aceptable especificidad y sensibilidad. Exige que la dispensación se realice de forma centralizada. Sus principales limitaciones son que la dispensación de la medicación no es sinónimo de cumplimiento correcto, y, por otra parte, que la movilidad de los pacientes y el compartir medicación con sus allegados puede inducir sesgos en la valoración.

La tendencia a acumular medicación aunque no se precise, produce una importante sobreestimación de la adherencia con este método. Por el contrario, el uso de

medicación de allegados produce infraestimación, aunque este hecho parece ser de menor trascendencia.

Si bien el planteamiento del método es sencillo, los posibles acercamientos hacen que en ocasiones resulte complejo. Puede calcularse la adherencia en función de los días de retraso, o del número de unidades galénicas dispensadas, y hacerlo de modo global, o por cada medicamento, existiendo diferencias entre unas aproximaciones y otras.

Se propone la siguiente simplificación:

$$\% \text{ adherencia} = \frac{\text{n}^\circ \text{ unidades galénicas totales dispensadas}}{\text{n}^\circ \text{ unidades galénicas totales previstas}}$$

El cálculo se hará utilizando fechas de dispensación. Se incluyen las unidades dispensadas desde la primera fecha estudiada hasta las de la penúltima dispensación (inclusive). Se consideran previstas las necesarias para cumplir el tratamiento en los días incluidos desde la primera dispensación hasta la última.

En fases iniciales del tratamiento estudiar periodos cercanos a tres meses. En fases más avanzadas, periodos cercanos a seis meses.

En nuestro país donde los fármacos antirretrovirales son dispensados en las farmacias de los hospitales públicos es un sistema factible, relativamente económico que permite establecer registros de forma rutinaria e informatizada con un seguimiento longitudinal de los pacientes, habiéndose demostrado una buena correlación entre la adherencia medida por este método y la evolución virológica de los pacientes.

#### *Recomendaciones:*

- Este método es relativamente objetivo, los registros se realizan de forma rutinaria, independientemente de que se aborden estudios de adherencia, y las aplicaciones informáticas disponibles son cada vez más sofisticadas, lo que

- facilita la explotación de estos datos. Por ello, resulta un método francamente recomendable en su aplicación rutinaria (Nivel B).
- Es aconsejable su uso combinado con otros métodos ya que disponer de la medicación no implica necesariamente tomarla o hacerlo de forma adecuada (Nivel C).

### *Cuestionarios*

El procedimiento consiste en solicitar al paciente que conteste unas preguntas previamente definidas para, en función de sus respuestas, poder valorar el grado de adherencia. Es un sistema que requiere pocos recursos, asequible y adaptable a las características de cada centro.

Las principales limitaciones derivan justamente de esa aparente sencillez del método. La subjetividad es inherente a los propios cuestionarios y aunque se ha demostrado una correlación entre la adherencia autorreferida y la efectividad antirretroviral también se ha puesto de manifiesto su relativa baja sensibilidad, muy variable según los estudios, al compararlo con métodos más objetivos con una especificidad aceptable. Al parecer la correlación con sistemas electrónicos es mejor con cuestionarios que estiman la adherencia en periodos cortos (4 últimos días).

Por otro lado, casi puede afirmarse que hay tantos cuestionarios como estudios de investigación publicados. En la inmensa mayoría no han sido validados, lo que unido a esa notable heterogeneidad provoca que se deba ser extremadamente prudente a la hora de comparar resultados de estudios de diferentes poblaciones y con diferentes métodos. Esto ha sido claramente puesto de manifiesto al aplicar a la misma población diferentes cuestionarios, obteniendo resultados absolutamente dispares. Se ha observado una mayor correlación con los resultados clínicos, si los cuestionarios procedían de fases iniciales del tratamiento, si se informaba al paciente previamente del uso confidencial de la información obtenida, y cuando se fijaba un umbral de adherencia superior al 95%.

Entre los cuestionarios validados en población española, cabe destacar el cuestionario SMAQ.

**Tabla 2. CUESTIONARIO ADHERENCIA SMAQ**

1. Alguna vez ¿Olvida tomar la medicación?	Si No
2. ¿Toma siempre los fármacos a la hora indicada?	Si No
3. Alguna vez ¿Deja de tomar los fármacos si se siente mal?	Si No
4. ¿Olvidó tomar la medicación durante el fin de semana?	Si No
5. En la última semana ¿cuántas veces no tomó alguna dosis? <sup>2</sup>	A: ninguna B: 1 - 2 C: 3 - 5 D: 6 - 10 E: más de 10
6. Desde la última visita ¿Cuántos días completos no tomó la medicación?	Días: ....

1. Se considera no adherente:

1: si,      2: no,      3: si,      4:si,      5: C, D o E,      6: más de dos días.

El cuestionario es dicotómico, cualquier respuesta en el sentido de no adherente se considera no adherente.

2. La pregunta 5 se puede usar como semicuantitativa:

A: 95 - 100% adhesión      B: 85-94%      C: 65-84%      D: 30-64%      E: < 30%

Sin embargo, el mismo fue validado en pacientes tratados con inhibidor de proteasa no potenciado, por lo que sería necesario adaptarlo y validarlo para las pautas que se emplean más frecuentemente en la actualidad. Otro cuestionario, validado en población española es el SERAD (Tabla 3), que permite una valoración cuantitativa y cualitativa de la adherencia.

**Tabla 3. CUESTIONARIO ADHERENCIA SERAD**

Codigo paciente			Fecha evaluación				Evaluador:					
<b>SERAD 1.1</b>												
A	B		C	D	ÚLTIMA SEMANA				ÚLTIMO MES			
HORA	MEDICACIÓN	Nº PASTILLAS	Nº de veces que no consume dicha toma	Σ total pastillas no consumidas por toma	Motivos de no consumo (ej: a3, b1)	Nº de veces que no se respetan condiciones de toma	Motivos de no respeto (ej: a3, f1)	Nº de veces que no consume dicha toma	Σ total pastillas no consumidas por toma	Motivos de no consumo (ej: 3a, f1)	Nº de veces que no se respetan condiciones de toma	Motivos de no respeto (ej: a3, f1)
			<input type="checkbox"/>									
DESAYUNO			<input type="checkbox"/>									
			<input type="checkbox"/>									
			<input type="checkbox"/>									
COMIDA			<input type="checkbox"/>									
			<input type="checkbox"/>									
			<input type="checkbox"/>									
CENA			<input type="checkbox"/>									
			<input type="checkbox"/>									
			<input type="checkbox"/>									
			<input type="checkbox"/>									
Tiempo de pasación:		TOTAL C	TOTAL D	TOTAL E	TOTAL F	TOTAL H	TOTAL I	TOTAL J	TOTAL K	TOTAL L	TOTAL M	TOTAL N
					A <sub>1</sub> L <sub>1</sub> B <sub>1</sub> J <sub>1</sub> C <sub>1</sub> K <sub>1</sub> D <sub>1</sub> L <sub>1</sub> E <sub>1</sub> M <sub>1</sub> F <sub>1</sub> N <sub>1</sub> G <sub>1</sub> O <sub>1</sub> H <sub>1</sub>	A <sub>2</sub> L <sub>2</sub> B <sub>2</sub> J <sub>2</sub> C <sub>2</sub> K <sub>2</sub> D <sub>2</sub> L <sub>2</sub> E <sub>2</sub> M <sub>2</sub> F <sub>2</sub> N <sub>2</sub> G <sub>2</sub> O <sub>2</sub> H <sub>2</sub>	A <sub>3</sub> L <sub>3</sub> B <sub>3</sub> J <sub>3</sub> C <sub>3</sub> K <sub>3</sub> D <sub>3</sub> L <sub>3</sub> E <sub>3</sub> M <sub>3</sub> F <sub>3</sub> N <sub>3</sub> G <sub>3</sub> O <sub>3</sub> H <sub>3</sub>	A <sub>4</sub> L <sub>4</sub> B <sub>4</sub> J <sub>4</sub> C <sub>4</sub> K <sub>4</sub> D <sub>4</sub> L <sub>4</sub> E <sub>4</sub> M <sub>4</sub> F <sub>4</sub> N <sub>4</sub> G <sub>4</sub> O <sub>4</sub> H <sub>4</sub>	A <sub>5</sub> L <sub>5</sub> B <sub>5</sub> J <sub>5</sub> C <sub>5</sub> K <sub>5</sub> D <sub>5</sub> L <sub>5</sub> E <sub>5</sub> M <sub>5</sub> F <sub>5</sub> N <sub>5</sub> G <sub>5</sub> O <sub>5</sub> H <sub>5</sub>	A <sub>6</sub> L <sub>6</sub> B <sub>6</sub> J <sub>6</sub> C <sub>6</sub> K <sub>6</sub> D <sub>6</sub> L <sub>6</sub> E <sub>6</sub> M <sub>6</sub> F <sub>6</sub> N <sub>6</sub> G <sub>6</sub> O <sub>6</sub> H <sub>6</sub>	A <sub>7</sub> L <sub>7</sub> B <sub>7</sub> J <sub>7</sub> C <sub>7</sub> K <sub>7</sub> D <sub>7</sub> L <sub>7</sub> E <sub>7</sub> M <sub>7</sub> F <sub>7</sub> N <sub>7</sub> G <sub>7</sub> O <sub>7</sub> H <sub>7</sub>	

Aparte de este último mes, desde la última visita ¿cuántas veces recuerda no haber podido tomar su medicación?

Ninguna vez

1 o 2 veces

de 3 a 5 veces

de 6 a 10 veces

11 o más veces

Motivos de no consumo:

a) No disponer de la medicación en el momento de la toma

b) Simplemente olvidó

c) Intentar evitar efectos secundarios

d) Quedarse dormido

e) Estar haciendo otras cosas incompatibles con la toma de medicación.

f) No querer que las personas con que estaba vean que toma medicación

g) Cambios en la rutina diaria (día de fiesta, fin de semana, vacaciones,...)

h) Estar enfermo

i) Demasiadas pastillas para tomar

j) Sentirse deprimido o desmotivado

k) Quedarse sin pastillas

l) No querer tomarse la medicación/pasar

m) Por prescripción médica

n) Comprensión incorrecta de las prescripciones del médico

o) Otras

**Recomendaciones:**

- Son métodos sencillos y económicos, especialmente útiles si el individuo se identifica como no adherente. En procesos de investigación, los cuestionarios o sus resultados deben compararse teniendo en cuenta al menos tres atributos: la adherencia valorada como variable cualitativa de conducta frente a su valoración cuantitativa, la clasificación de la adherencia como variable continua o dicotómica, y el intervalo de tiempo evaluado (Nivel A).
- Son recomendables, combinados con otros, siempre que se haya procedido a su validación y adaptación al ámbito concreto de aplicación (Nivel A).

**Combinaciones de métodos**

En líneas generales, los cuestionarios, los recuentos de medicación y los registros de dispensación de Farmacia, proporcionan valores sobrestimados de adherencia. Probablemente los sistemas tipo MEMS proporcionan valores infraestimados de adherencia.

Si bien se ha avanzado de forma notable en la caracterización de la especificidad y sensibilidad de los distintos métodos, en su validación y en el análisis de sus limitaciones y relaciones entre sí, continúa vigente la recomendación de combinar varios de ellos para obtener información de la situación real con la mayor exactitud posible.

*Recomendaciones:*

- Puede considerarse un mínimo aceptable la asociación de un cuestionario validado y el registro de dispensación, obtenidos con una frecuencia trimestral (Nivel B).
- En un contexto de estudio clínico que pueda incluso incluir intervenciones para la mejora de la adherencia, utilizar al menos uno de los métodos más objetivos: sistema MEMS, determinación de concentraciones plasmáticas de fármacos o recuento de medicamentos (Nivel C).

## **5. ESTRATEGIAS PARA MEJORAR LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL**

Las estrategias para mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral se pueden resumir en tres tipos:

- Estrategias de apoyo y ayuda
- Estrategias de intervención.
- Estrategias en la pauta terapéutica.

### **5.1. Estrategias de apoyo y ayuda**

Las estrategias deben estar dirigidas al paciente, independientemente de su nivel de adherencia, y estar centradas en la educación sanitaria, la comunicación y el apoyo psicosocial. Cada centro hospitalario debe adaptarse a su realidad asistencial según el número de pacientes que atiende, recursos de personal y servicios de apoyo. En las estrategias de apoyo resulta fundamental la capacidad de trabajo en equipo de todos los integrantes del equipo pluridisciplinar de atención al paciente VIH: médicos, farmacéuticos, personal de enfermería y, en los centros en que sea posible, psicólogos y psiquiatras. La coordinación con la atención primaria, los servicios

sociales y las organizaciones no gubernamentales debería ser un objetivo deseable en la atención global del paciente con VIH.

En caso de personas cuyo país de origen no es España se propiciará su integración en la planificación relativa al VIH mediante el desarrollo de estrategias cultural y lingüísticamente adaptadas que incluyan la educación de pares, la mediación intercultural y la traducción.

### **5.1.1. Prescripción y seguimiento del TAR**

- *Papel del médico.*

Antes de iniciar la prescripción, el médico debería tener en cuenta unas premisas básicas: La mejor oportunidad para conseguir una terapia efectiva la constituye el primer tratamiento. Por otra parte, el inicio de la terapia antirretroviral excepcionalmente constituye una emergencia. Tan sólo en casos de profilaxis postexposición o profilaxis de transmisión vertical en el parto, el tratamiento debe iniciarse rápidamente.

En el paciente asintomático con una inmunología relativamente conservada podrá posponerse el inicio del tratamiento unos meses, durante los cuales se podrá resolver la patología concomitante si la hubiera (alcoholismo, depresión, adicción a drogas) derivando al servicio o profesional adecuado y se insistirá en la conveniencia de iniciar el tratamiento en visitas sucesivas. En el enfermo sintomático, sin embargo, la preparación del paciente deberá ser más rápida y probablemente, si éste acepta el tratamiento, el abordaje de la comorbilidad se realizará de manera simultánea al inicio del mismo.

Tomada la decisión de iniciar el tratamiento antirretroviral, la prescripción pasa por tres fases diferenciadas: informativa, consenso y compromiso y finalmente mantenimiento y soporte.

**Tabla 4. RECOMENDACIONES PARA LA PRESCRIPCIÓN**

<b>FASE</b>	<b>OBJETIVOS</b>
Informativa	Identificar posibles factores de riesgo del paciente sobre la adherencia Averiguar la situación social, laboral y familiar Conocer la situación psicológica y patología concomitante (drogodependencia, alcoholismo) Explicar los objetivos, esquemas de dosificación, efectos adversos potenciales del tratamiento Ofrecer las posibles alternativas de tratamiento Resaltar la importancia de la adherencia en la eficacia del tratamiento
Consenso y compromiso	Adaptar el tratamiento a la vida cotidiana del paciente Consensuar los medicamentos dosis y pauta con el paciente Posponer el tratamiento hasta conseguir el consenso y el compromiso con el mismo Tratar las situaciones concomitantes (depresión, ansiedad, alcoholismo, drogodependencia) Solicitar el compromiso del paciente en la adherencia al tratamiento.
Mantenimiento y soporte	Evaluar la adherencia con el tratamiento Conocer los problemas y ofrecer soluciones Atención accesible (teléfono, hospital de día, consulta externa)

### **5.1.2. Seguimiento del TAR**

- *Papel del farmacéutico*

Tras la prescripción y a través de la dispensación, el Servicio de Farmacia puede actuar sobre los pacientes y desarrollar todas las actividades englobadas dentro del concepto de Atención Farmacéutica, y a través del seguimiento farmacoterapéutico, práctica profesional en la que el farmacéutico se responsabiliza de las necesidades

del paciente relacionadas con los medicamentos mediante la detección, prevención y resolución de problemas relacionados con la medicación (PRM), de forma continuada, sistemática y documentada, en colaboración con el propio paciente y con el resto de profesionales sanitarios. En la tabla 5 se resumen los objetivos del proceso de Atención Farmacéutica.

**Tabla 5. PROGRAMA DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA**

FASE	OBJETIVOS
Presentación	Indicar el procedimiento que deberá seguir el paciente para posteriores dispensaciones.
Prospección	<p>Averiguar el nivel de conocimientos del paciente sobre su enfermedad, indicación y motivo del tratamiento, conocimiento del régimen terapéutico incluyendo el nombre de los fármacos, dosis (en unidades de medicación), frecuencia y consideraciones de administración, condiciones especiales de conservación, precauciones y efectos adversos.</p> <p>Conocer el estilo de vida del paciente, horarios y actividades cotidianas para poder, posteriormente, establecer un esquema individualizado de administración de fármacos. Averiguar el resto de fármacos que está tomando el paciente y detectar posibles interacciones.</p> <p>Evaluar la adherencia.</p>
Información	<p>Transmitir al paciente los conocimientos suficientes para conseguir una correcta utilización de los medicamentos y, por tanto, obtener el máximo beneficio optimizando así la terapia antirretroviral.</p> <p>Proporcionar información oral y escrita sobre el tratamiento y la planificación de éste según las necesidades y hábitos particulares del paciente. La información básica debe incluir el nombre del fármaco (preferentemente el comercial), dosis (expresada en forma farmacéutica), frecuencia (indicando si debe asociarse o no con las comidas), acción del medicamento, consideraciones y consejos sobre la administración, y efectos adversos más importantes o aquellos que tengan más probabilidad de aparecer.</p> <p>Resaltar la importancia de la adherencia al tratamiento.</p>
Dispensación y cita para la próxima visita	<p>Dispensación.</p> <p>Determinar la fecha de la próxima dispensación.</p> <p>Proporcionar un nombre y un número de teléfono para cualquier consulta o duda que se le plantee al paciente una vez fuera del hospital.</p>

La cantidad de cada medicamento que se dispense debe estar adaptada a las características del paciente en cuanto se refiere a adherencia; así, en pacientes con baja adherencia, la cantidad de medicación dispensada debe ser menor para facilitar el apoyo a la misma o evitar el derroche de medicación en estos pacientes que probablemente no será aprovechada. Al inicio de la terapia, este período no debería superar los 15-30 días, ya que se necesita una supervisión más estrecha. En función de la adherencia del paciente o de los problemas de cumplimiento que refiera, conjuntamente con su evolución clínica, los periodos de dispensación pueden hacerse coincidir con las visitas de control clínico para evitar desplazamientos innecesarios del paciente.

Se puede proporcionar al paciente contenedores de medicación que ayuden al paciente a identificar el medicamento, dosis y horario de la toma. Este tipo de dispositivos (diarios o semanales) es muy útil en los inicios de la terapia o en aquellas ocasiones en que un cuidador, o el propio paciente, preparan la medicación para un determinado período de tiempo que oscile entre uno o varios días.

El registro de la dispensación por el Servicio de Farmacia debe realizarse a través de sistemas informáticos que faciliten la posterior explotación de los datos, permitiendo elaborar informes indirectos de adherencia (a través del análisis de la medicación dispensada). Como se ha indicado con anterioridad, la valoración rutinaria de la adherencia durante el TAR es clave para la toma de decisiones; por ello, estos informes deben ser ofertados al médico como una herramienta diagnóstica.

- *Papel del profesional de enfermería*

El profesional de enfermería desarrolla un papel esencial, con una dedicación plena a la atención integral del paciente VIH. Es muy importante que entre el equipo asistencial y el enfermo llegue a conseguirse una relación de confianza, accesibilidad, confidencialidad y flexibilidad en todo momento.

El profesional de enfermería debe centrar su participación en el apoyo al paciente. Los puntos clave consisten en informar, enfatizando sobre las dudas surgidas en la consulta médica y utilizando el counselling como herramienta de trabajo, y en

detectar precozmente al posible incumplidor, planificando con el equipo asistencial las estrategias de intervención.

Asimismo, profundizará en los hábitos de vida, recursos personales y familiares del paciente, analizará sus conocimientos acerca de la enfermedad y sobre el grado de concienciación y confianza que tiene el paciente para iniciar el tratamiento. Con esta información planteará un plan de cuidados de enfermería, priorizando actividades, y comunicará al médico si pueden existir problemas de índole personal o social que recomienden retrasar el inicio del tratamiento hasta su resolución.

Una vez decidido el inicio de tratamiento, se deberán analizar cuáles son las características habituales de un día cualquiera del paciente para poder "adaptar el tratamiento a la vida del enfermo, realizando una programación de la medicación. Es conveniente que esta programación quede reflejada esquemáticamente por escrito.

Antes de concluir la entrevista se deberá comprobar que el paciente ha entendido las explicaciones e intentar solventarle las posibles dudas. En ese momento se debería seleccionar un apoyo externo (familiar, pareja, etc.) próximo, que pueda servirle como refuerzo positivo y punto de apoyo, ofertándole un teléfono de contacto de la consulta para resolver cualquier tipo de duda y poder trasladar al facultativo aquellas situaciones que requieran una atención prioritaria.

- *Papel del psicólogo y/o del psiquiatra*

La falta de adherencia en numerosos pacientes puede atribuirse a problemas emocionales, directa o indirectamente relacionados con la enfermedad en sí misma. Al tratarse de una enfermedad asintomática durante largos períodos, algunas personas infectadas por VIH presentan una escasa percepción de su condición de enfermos y esto puede manifestarse en un cuidado insuficiente o inadecuado de su salud.

El psicólogo puede intervenir para que el paciente realice un adecuado proceso de adaptación a la enfermedad a través de las distintas situaciones que se presenten, desde el momento inicial del diagnóstico hasta el inicio del tratamiento antirretroviral, con los sucesivos cambios que vayan apareciendo. El manejo de los efectos adversos de la medicación y su repercusión en el estado emocional y calidad de vida

de los pacientes, la incorporación de los hábitos de salud a la vida cotidiana, la relación con familia y entorno, entre otras, son áreas susceptibles de intervención psicológica. Una correcta adaptación a la enfermedad y una adecuada conciencia de ésta repercutirá sin duda en un mejor cuidado global de la salud, en el que se incluye de forma natural la toma de medicación. Otras áreas de intervención habituales en la práctica clínica son los cuadros de ansiedad y de depresión, comunes no sólo en el paciente recién diagnosticado sino también en aquellos que llevan largo tiempo en tratamiento y que pueden presentar un lógico cansancio y abatimiento. Frecuentemente, tras olvidos frecuentes de la medicación o cuadros reiterados de intolerancia a los fármacos subyacen estados emocionales depresivos que necesitan ser desenmascarados y abordados desde la intervención psicológica.

En cuanto al psiquiatra, su intervención será fundamental cuando se diagnostique patología psiquiátrica asociada o no a la enfermedad que requiera control farmacológico. Los pacientes psiquiátricos que no están debidamente controlados no podrán alcanzar ni mantener la necesaria adherencia al tratamiento.

El entorno familiar y social es también de suma importancia en la problemática del VIH. Una contribución positiva del entorno potenciará la adherencia. Siempre que sea posible deberá intentarse implicar a las personas emocionalmente significativas para el paciente en el proceso de su enfermedad.

#### *Recomendaciones:*

- Antes de comenzar el TAR se debe preparar al paciente e identificar y corregir las causas que pueden limitar la adherencia al mismo, valorando la posibilidad de retrasarlo, si la situación clínica del paciente lo permite (Nivel C).
- Se debe ofrecer a todo paciente que inicie o cambie el TAR un programa educativo, a cargo de profesionales sanitarios con experiencia en el manejo de pacientes con infección VIH, conocimiento exhaustivo sobre farmacoterapia del TAR y habilidades de comunicación, con objeto de que el paciente conozca, de forma completa, verbal y escrita, toda la información e instrucciones sobre los medicamentos que constituyen el TAR (Nivel C).
- Debe procurarse la máxima disponibilidad posible del equipo asistencial (médicos, farmacéuticos, profesionales de enfermería, psicólogos y psiquiatras)

- para resolver las dudas y problemas que el paciente presente a lo largo del tratamiento (Nivel C).

## 5.2. Estrategias de intervención

No existe ningún método de intervención superior a otros para mejorar la adherencia del paciente a cualquier tratamiento farmacológico y parece demostrado que las intervenciones que combinan los componentes cognitivos, conductuales y afectivos son más eficaces que los centrados en uno sólo de estos aspectos. En la tabla 6 se resumen las causas potenciales de mala adherencia y las posibles intervenciones.

**Tabla 6. CAUSAS DE INCUMPLIMIENTO Y POSIBLES ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN**

	<b>Causas potenciales de incumplimiento</b>	<b>Posibles intervenciones</b>
Factores sociales, económicos, educativos	Falta de apoyo social y/o familiar. Escasos recursos. Bajo nivel educativo	Buscar alianza con familia y allegados. Conocer necesidades sociales. Reclutar organizaciones comunitarias. Educación intensiva, explicaciones claras y comprensibles y adaptadas
Factores del equipo asistencial	Falta de recursos. Atención masificada e impersonal. Ausencia de coordinación entre diferentes servicios de apoyo a la asistencia. Insuficiente formación en terapia antirretroviral. Falta de accesibilidad. Deficiente formación en relación personal sanitario-paciente.	Accesibilidad y continuidad de la asistencia. Equipo multidisciplinar. Recursos materiales y humanos suficientes y coordinados. Formación sólida en terapia antirretroviral y en atención al paciente. Plantear terapia directamente observada en determinados ámbitos asistenciales.

<p>Factores relacionados con el tratamiento</p>	<p>Efectos adversos, tamaño y palatabilidad de las unidades galénicas, número de dosis diarias. Intrusividad en la vida del paciente. Falta de adaptación a las preferencias y necesidades del paciente.</p>	<p>Simplificar el régimen terapéutico. Individualizar tratamiento. Comorbilidad, preferencias, interacciones. Técnicas especiales para la toma de la medicación. Ayudar a desarrollar mecanismos de reacción (p.e. anticipación y manejo de efectos adversos)</p>
<p>Factores relacionados con el paciente</p>	<p>No aceptación. Rechazo del diagnóstico. Rechazo del tratamiento (creencias y actitudes) Olvidos y barreras. Insuficiente comprensión de la enfermedad y su tratamiento. Insuficiente entendimiento de la relación riesgo/beneficio. Motivos de dosificación y cumplimiento. Comorbilidad psiquiátrica. Uso y abuso de drogas</p>	<p>Analizar relación paciente – profesional sanitario y mejorar la efectividad de la relación. Negociar y consensuar el plan terapéutico. Fomentar la percepción de indicadores de la necesidad de tratamiento. Informar sobre riesgos y beneficios del tratamiento. Asociar las tomas con actividades cotidianas. Técnicas especiales y ayudas para el cumplimiento (diarios de medicación, alarmas, teléfonos, etc). Mejorar la comunicación paciente – profesional sanitario. Información referente a la enfermedad y el tratamiento, motivo de la dosificación, riesgo del incumplimiento. Información oral y escrita. Verificar comprensión. Derivar para intervención psicológica en áreas disfuncionales o intervención psiquiátrica si se detecta patología psiquiátrica.</p>

Los mejores niveles de evidencia proceden de estudios aleatorizados y controlados, siendo la intervención más frecuente y sencilla la basada en la información y educación del paciente para tratar de lograr el máximo consenso y compromiso haciendo comprender al paciente el objetivo del tratamiento propuesto y los motivos e importancia de la adherencia al mismo. En algunos estudios aleatorizados se ha demostrado que algunas intervenciones mejoran la adherencia, pero sin lograr cambios en el control virológico. Otro estudio aleatorizado observó que las llamadas telefónicas recordatorias mejoraban la adherencia sin observarse mejorías significativas ni en la adherencia ni en la evolución virológica. En un meta-análisis que evalúa las estrategias de intervención conductuales para mejorar la adherencia, en 19 estudios, en los que participaron 1839 pacientes, se observó que en los grupos de intervención mejora la adhesión con tendencia a mejorar el porcentaje de pacientes con viremia indetectable.

Probablemente la intervención que ha demostrado mayor eficacia ha sido el soporte a la adhesión interpersonal estructurado, en el que personal sanitario específicamente entrenado emplea estrategias individualizadas para mejorar la adherencia. En este estudio aleatorizado, que incluyó a 928 pacientes, no sólo se observó mejoría en la adhesión, sino también en la evolución inmunológica y virológica en el grupo de intervención.

El tratamiento directamente observado (TDO) es otra estrategia para mejorar la adherencia. Ha sido empleado con éxito en el tratamiento de la tuberculosis y se han hecho intentos de adaptarlo a las características del tratamiento antirretroviral.

Diversos estudios han proporcionado resultados preliminares favorables del TDO, a corto y largo plazo, la mayoría realizados en el ámbito de programas de mantenimiento de metadona o en prisiones.

Para el resto de pacientes, aún no están bien definidos los programas que mejor se adaptan al TAR, siendo necesario, además, clarificar la duración óptima del mismo, cuales son los mejores candidatos para ingresar en estos programas y si su relación coste-efectividad, es favorable.

En relación a la evaluación de intervenciones concretas para mejorar la adhesión resulta necesario considerar cuestiones metodológicas, fundamentalmente el tipo de

intervención en el grupo control, debido a que las recomendaciones para mejorar este aspecto del tratamiento, forman parte en mayor o menor medida, en la práctica clínica habitual del seguimiento del paciente con infección VIH.

*Recomendaciones:*

- Las estrategias de intervención individualizadas, basadas en estrategias psicoeducativas y de asesoramiento personal, con capacidad para adaptar el esquema del tratamiento antirretroviral a los hábitos de vida del paciente y proporcionando estrategias de resolución de problemas, han demostrado ser eficaces para incrementar la adherencia al tratamiento y mejorar la respuesta del mismo (Nivel A).
- Deben implementarse dichas estrategias en los centros sanitarios, de forma pluridisciplinar, por parte de los profesionales sanitarios con responsabilidad en la atención a pacientes con infección VIH (Nivel C).
- El tratamiento directamente observado (TDO) no puede recomendarse de forma generalizada. Sin embargo, puede tener interés y ser efectivo en pacientes con situaciones especiales (reclusos, marginación social extrema y programas de mantenimiento con metadona) (Nivel C).

### **5.3. Estrategias en la pauta terapéutica**

Recientemente se han producido avances en la terapia antirretroviral que ha implicado la posibilidad de realizar tratamientos sencillos de alta potencia que favorecen de manera muy importante la adherencia al tratamiento. Estos avances son la coformulación de varios principios activos en una sola forma de dosificación, la disponibilidad de fármacos que pueden administrarse una vez al día y por consiguiente, la posibilidad de combinaciones en dosis única diaria (QD).

Estas pautas QD han adquirido un interés creciente. No obstante, existen algunas cuestiones que deben ser resueltas de forma concluyente: interacciones, toxicidad, efectividad, relación con la adherencia y su impacto sobre la calidad de vida. Es importante considerar que el uso de regímenes de una vez al día es una de las múltiples intervenciones posibles y su impacto depender tanto de factores individuales como de factores externos, incluido la carga de pastillas, tolerancia a los fármacos, potencia, eficacia, y existencia de resistencias.

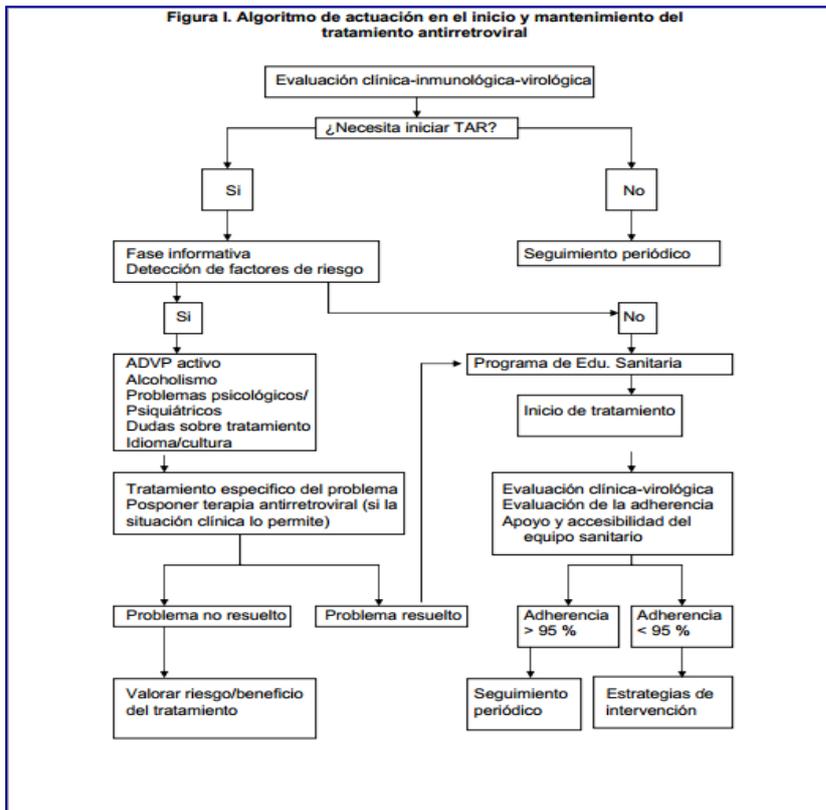
Por otro lado, la simplificación del TAR viene definida como el cambio de un régimen con el que se ha conseguido una adecuada respuesta por otro que mantenga la misma eficacia permitiendo reducir su complejidad. Las pautas de simplificación están ampliamente revisadas en el reciente documento de consenso GESIDA/PNS sobre tratamiento antirretroviral en el adulto.

*Recomendaciones:*

- El TAR debe individualizarse y adaptarse a las necesidades y preferencias de cada paciente. Son aconsejables las pautas más sencillas en cuanto a número de comprimidos y a dosis diarias (Nivel C).
- En pacientes con supresión virológica mantenida, alcanzada con una pauta compleja, puede considerarse simplificar el TAR a pautas que hayan demostrado igual o mejor seguridad y eficacia (Nivel A).

**6. CONCLUSIONES**

La figura I esquematiza un algoritmo de decisión que trata de resumir las recomendaciones desarrolladas.



<sup>10</sup> La adherencia al TAR tiene un papel fundamental en la decisión de iniciar el mismo y en la duración de la respuesta virológica, habiéndose demostrado que la

falta de cumplimiento es la principal causa de fracaso terapéutico. La falta de adherencia se correlaciona positivamente con el aumento de los ingresos hospitalarios, la evolución a SIDA y la mortalidad del paciente con infección por el VIH, siendo además por su elevado coste, una causa de ineficiencia de los recursos públicos.

2º Los factores que han demostrado estar relacionados con la adherencia de una forma más relevante incluyen la complejidad del tratamiento, los efectos secundarios, los problemas psicológicos, la adicción activa a drogas y/o alcohol, la falta de soporte social y familiar y las actitudes y creencias del paciente acerca del tratamiento.

3º Se deben utilizar varios métodos asociados para la estimación de la adherencia. En el contexto de seguimiento rutinario de la adherencia, deben utilizarse métodos factibles, adaptados a la realidad del hospital y lo más universalmente aplicables. Puede considerarse un mínimo aceptable la asociación de un cuestionario validado y el registro de dispensación del Servicio de Farmacia.

4º Todo paciente que inicie o cambie el tipo de TAR debe realizar un programa de educación sanitaria sobre el tratamiento, a cargo de profesionales sanitarios con experiencia y conocimiento del manejo de pacientes con infección VIH. Debe procurarse la máxima disponibilidad posible del equipo asistencial (médicos, farmacéuticos y profesionales de enfermería) para resolver las dudas y problemas que el paciente presente a lo largo del tratamiento.

5º En los pacientes en los que no se alcancen niveles de adherencia o cumplimiento considerados como adecuados, se deben intentar estrategias de intervención, de forma pluridisciplinar, basadas en aspectos psicoeducativos y de asesoramiento personal, con capacidad para adaptar el esquema del tratamiento antirretroviral a los hábitos de vida del paciente y proporcionando estrategias de resolución de problemas. Si se detectan problemas psicológicos o trastornos psiquiátricos, las intervenciones no deberán ser tan sólo educativas sino centradas en mejorar el estado emocional del paciente y deberán ser llevadas a cabo por profesionales de la salud mental (psicólogos y psiquiatras).

6º Son aconsejables pautas más sencillas en cuanto a número de comprimidos y a dosis diarias. Puede considerarse simplificar el TAR a pautas que hayan demostrado igual o mejor seguridad y eficacia.

## **BIBLIOGRAFIA**

1. Altice FL, et Al. (2007). Superiority of Directly Administered Antiretroviral Therapy over Self-Administered Therapy among HIV-Infected Drug Users: A Prospective, Randomized, Controlled Trial Clin Infect Dis; 45 (6):770-8.
2. Chiavenato, I. (2007). Administración de recursos humanos. El capital humano de las organizaciones. 8ª. Edición. Ediciones Mc Graw Hill. México. Pags. 384-404.
3. Codina C, et al. (1999). Recomendaciones GESIDA/SEFH/PNS para mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral. Farm Hosp.;23 (4):215-29.
4. Codina C, et al. (2002). Comparación de tres métodos de cálculo de adherencia en pacientes con tratamiento antirretroviral. Enferm Infecc Microbiol Clin; 20 (10):484-90.
5. Conway B, et al. (2004). Directly observed therapy for the management of HIV-infected patients in a methadone program. Clin Infect Dis;38 Suppl 5:S402-8.
6. García B. (2001). Medición de la adherencia al tratamiento antirretroviral. En: Codina C, Delgado O. Jornadas de adherencia de los pacientes con VIH al tratamiento antirretroviral. Ed. SEFH-GlaxoSmithKline.
7. GESIDA (2008). Recomendaciones/Plan Nacional sobre el Sida respecto al tratamiento antirretroviral en adultos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana. (Actualización enero 2008). [www.gesida.seimc.org](http://www.gesida.seimc.org); [www.msc.es](http://www.msc.es)
8. Knobel H, et al. (2000). Recomendaciones GESIDA/SEFH/PNS para mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral. Enferm Infecc Microbiol Clin; 18 (1):27-39.
9. Knobel H, y cols. (2005). Recommendations from GESIDA/SEFH/PNS to improve adherence to antiviral treatment. Enferm Infecc Microbiol Clin.;23 (4):221-31.
10. Macalino GE, y cols. (2004). Modified directly observed therapy for the treatment of HIV-seropositive substance users: lessons learned from a pilot study. Clin Infect Dis; 38 Suppl 5:S393-7.

11. Mannheimer SB, y otros. (2006). . Sustained benefit from a long-term antiretroviral adherence intervention. Results of a large randomized clinical trial. *J Acquir Immune Defic Syndr*;43 Suppl 1: S41-7.
12. Martín-Sánchez V, y cols. (2002). Factores predictores de no adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad. *Enferm Infecc Microbiol Clin*; 20 (10):491-7.
13. Mitty JA, (2002). Directly observed therapy for the treatment of people with human immunodeficiency virus infection: a work in progress. *Clin Infect Dis*;34 (7):984-90.
14. Navarro G, y cols. (2003). Adherencia al tratamiento antirretroviral. Estudio de prevalencia en un hospital general. *Enf Infecc Microbiol Clin*; 21(6):321-6.
15. Pérez-Simón MR, y cols. (2003). Valoración de la adherencia al tratamiento antirretroviral: papel de la determinación de la concentración plasmática de los fármacos no análogos de nucleósidos. *Med Clin (Barc)*; 120 (18):701-3.
16. Pulido F, et al. (2005). Once-daily antiretroviral therapy Spanish Consensus Statement. *J Antimicrob Chemother.*;56 (5):808-18.
17. Riera M, et al. (2002). Adherencia a los fármacos antirretrovirales medida por la concentración de fármacos y el recuento de comprimidos. Variables relacionadas con una mala adherencia. *Med Clin (Barc)*; 119 (8):286-92.
18. Albuquerque, C. et als. (2001). La transformación de la gestión de hospitales en América Latina y el Caribe. (OPS). Edit. Acodes. 1ª. Edic. Pag. 192-193.
19. Pineda, E. y cols. (2008). Metodología de la investigación. 3ª. Edic. Edit. Paltex. Organización Panamericana de la Salud. Oficina de la OMS.
20. Alles, M.A. (2011). Comportamiento organizacional: cómo lograr un cambio cultural a través de gestión por competencias. 1ª. Ed. Edit. Granica. Buenos Aires-Argentina.
21. Burgwal, G. (1999). Planificación estratégica y operativa aplicada a gobiernos locales 1ª. Edic. Edit. Abya Yala. Quito-Ecuador.
22. Schermerhorn, J. R. (2010). Administración. 2ª. Edic. Edit. Limusa Wiley. México.
23. Hidalgo V, A. y cols. (2009). Economía y Salud. Ediciones Pirámide. 1ª. Edición. Madrid-España.
24. Pérez R, L. (2004). Marketing para los servicios de salud. Edit. Pearson. 1ª. Edic. Mexico.
25. Piedra, M. (2009). Diseño, ejecución y gerencia de proyectos para salud: trabajo de grado I. 1ª. Edic. Edit. UTPL. Loja-Ecuador.
26. Universidad Técnica Particular de Loja (2011). Instructivo para la elaboración y presentación del trabajo de investigación. 1ª. Edic. Edit. UTPL. Loja-Ecuador.

## APÉNDICE 11: REGISTROS DE ATENCIÓN



Ministerio de Salud Pública

### MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

#### HOSPITAL “DR. VERDI CEVALLOS BALDA” PORTOVIEJO

#### SUBPROCESO CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA

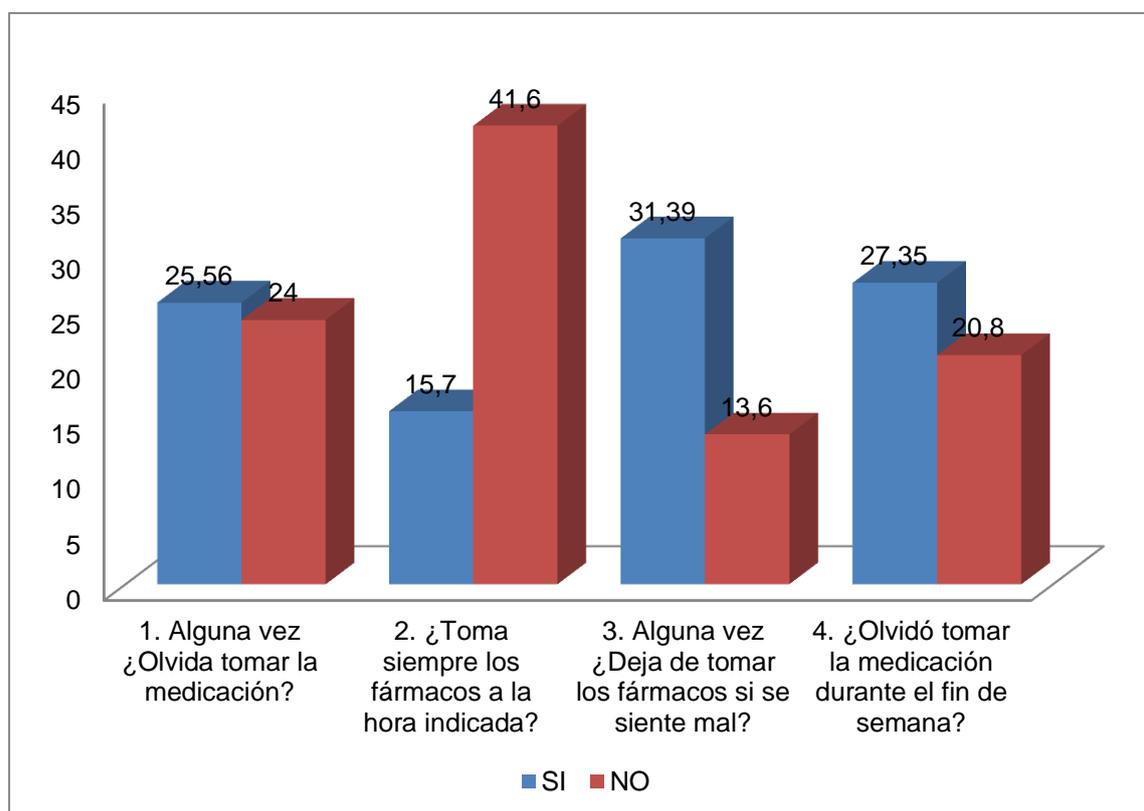
#### ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DEL VIH/Sida ANTES DE EJECUCIÓN DEL PROYECTO

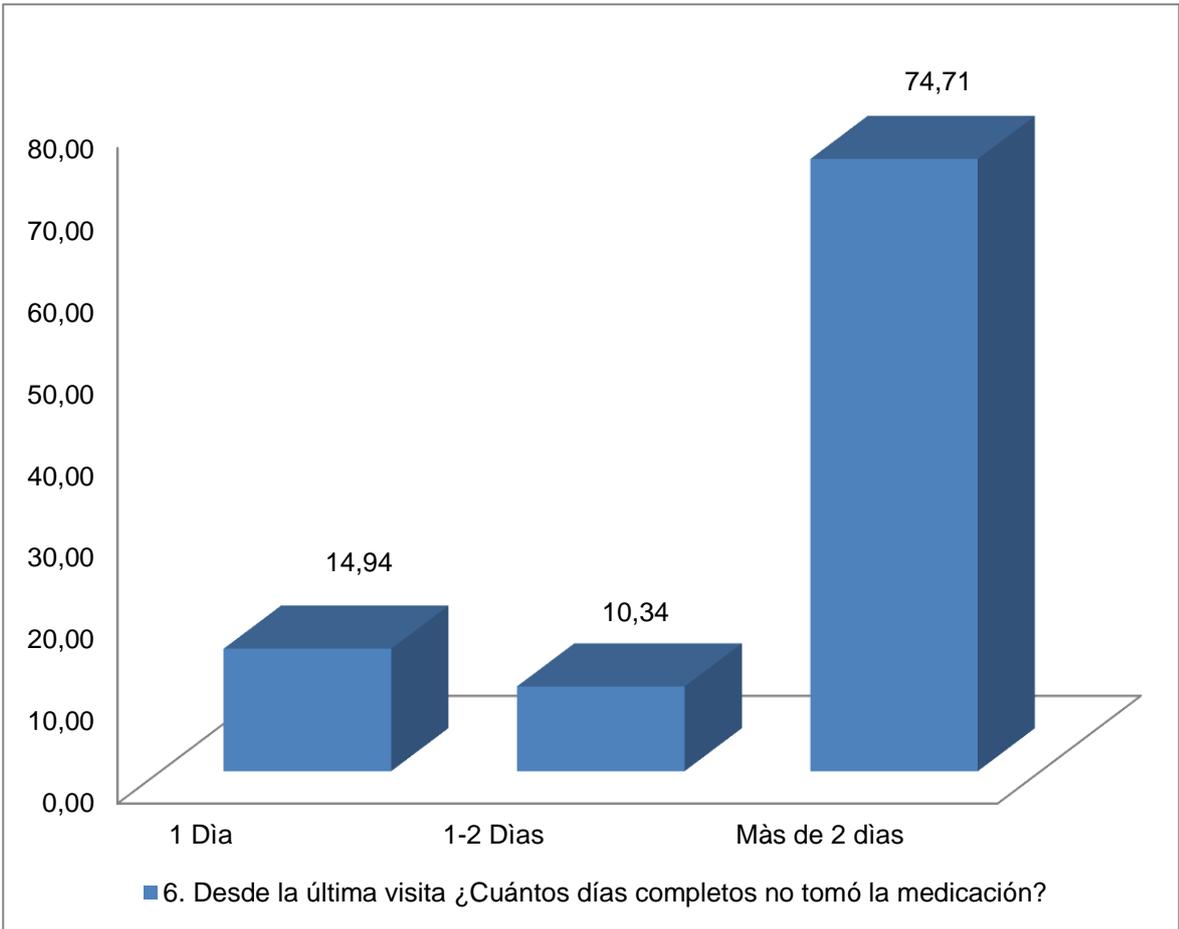
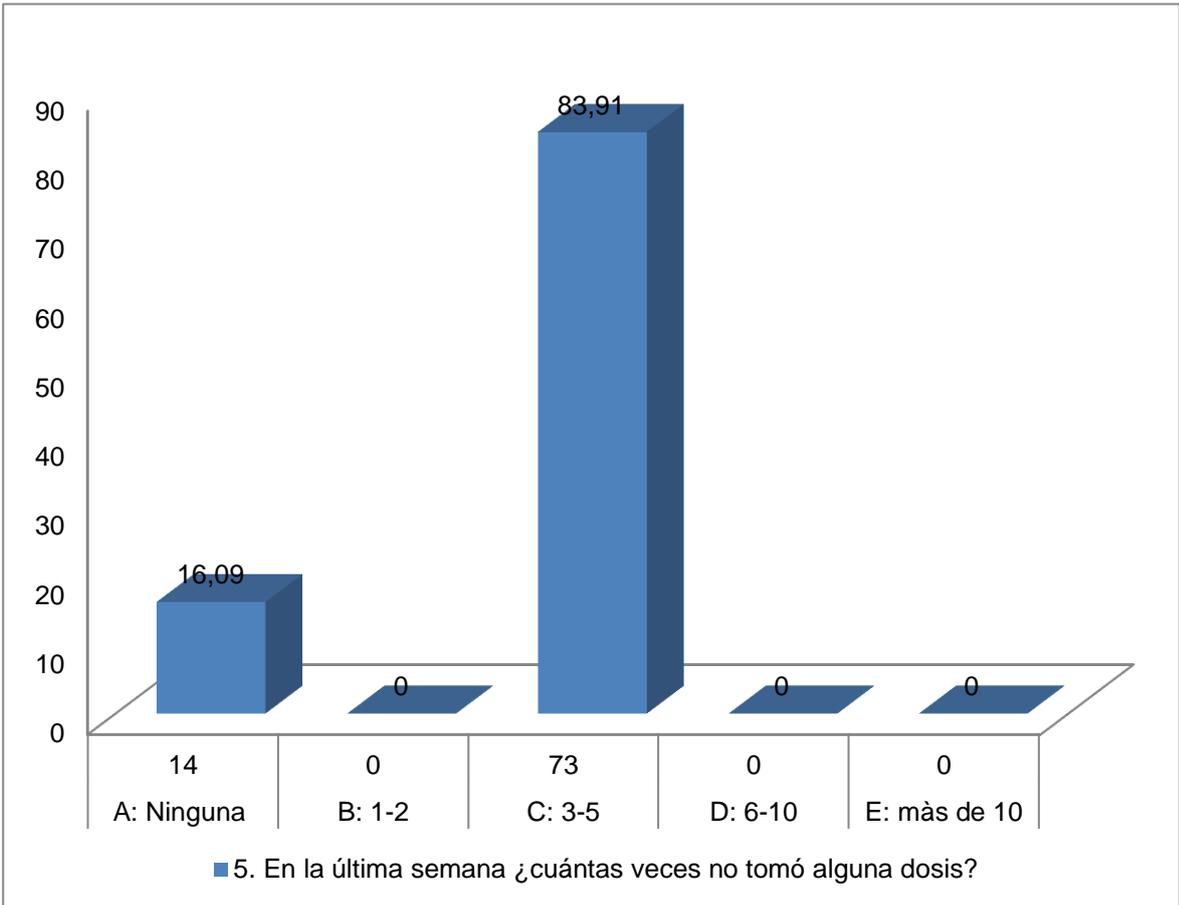
PREGUNTAS	SI		NO	
	F	%	F	%
1. Alguna vez ¿Olvida tomar la medicación?	57	25,56	30	24,00
2. ¿Toma siempre los fármacos a la hora indicada?	35	15,70	52	41,60
3. Alguna vez ¿Deja de tomar los fármacos si se siente mal?	70	31,39	17	13,60
4. ¿Olvidó tomar la medicación durante el fin de semana?	61	27,35	26	20,80
5. En la última semana ¿cuántas veces no tomó alguna dosis?	A: ninguna 14 16.09%		B: 1 - 2	
	C: 3 - 5 73 83.91%		D: 6 - 10	
	E: más de 10			
6. Desde la última visita ¿Cuántos días completos no tomó la medicación?	1 Día 13 14.94		1-2 Días 9 10.94	
	Más de 2 días 65 74.71			

1. Se considera no adherente: 1: si, 2: no, 3: si, 4:si, 5:C, D o E, 6: más de dos días.

2. La pregunta 5 se puede usar como semicuantitativa:

A: 95 - 100% adhesión B: 85-94% C: 65-84% D: 30-64% E: < 30%







Ministerio de Salud Pública

## MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

### HOSPITAL "DR. VERDI CEVALLOS BALDA" PORTOVIEJO

#### SUBPROCESO CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA

#### **ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DEL VIH/Sida. DESPUES DEL DESARROLLO DEL PROYECTO**

PREGUNTAS	SI		NO	
	F	%	F	%
1. Alguna vez ¿Olvida tomar la medicación?	9	33,33	75	24,04
2. ¿Toma siempre los fármacos a la hora indicada?	5	18,52	79	25,32
3. Alguna vez ¿Deja de tomar los fármacos si se siente mal?	7	25,93	77	24,68
4. ¿Olvidó tomar la medicación durante el fin de semana?	6	22,22	81	25,96
5. En la última semana ¿cuántas veces no tomó alguna dosis?	A: ninguna	74	85.06%	
	B: 1 - 2			
	C: 3 - 5	13	14.94%	
	D: 6 - 10			
	E: más de 10			
6. Desde la última visita ¿Cuántos días completos no tomó la medicación?	1 Día	77	91.67%	
	1-2 Días	6	7.14%	
	Más de 2 días	1	1.19%	

1. Se considera no adherente: 1: si, 2: no, 3: si, 4:si, 5:C, D o E, 6: más de dos días.

2. La pregunta 5 se puede usar como semicuantitativa:

A: 95 - 100% adhesión    B: 85-94%    C: 65-84%    D: 30-64%    E: < 30%

