



Universidad Nacional  
**Federico Villarreal**

**VRIN** | VICERRECTORADO  
DE INVESTIGACIÓN

**FACULTAD DE MEDICINA “HIPÓLITO UNANUE”**

RETENCIÓN EN EL CUIDADO DE PERSONAS CON VIH DE UN CENTRO DE  
REFERENCIA DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL DE SAN JUAN DE  
LURIGANCHO, LIMA- PERÚ

**Línea de investigación:**

Salud Pública

Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano

**Autora**

Cabanillas Vargas, Sharon Janeth

**Asesora**

Cohaila Flores, Juana Luz

ORCID: 0000-0001-8155-2672

**Jurados**

López Gabriel, Wilfredo Gerardo

Alba Rodríguez, María Esther

Méndez Campos, Julia Honorata

**Lima – Perú**

**2023**

## DEDICATORIA

El presente estudio es gracias a mis padres y hermanos por ser mi inspiración, brindándome su apoyo constante, su confianza y motivación a lo largo de toda esta bella profesión. A mis pacientes que perdí en los últimos años de la carrera, por darme un motivo más para realizar esta investigación y que hoy deseo gocen de paz en donde estén.

#### AGRADECIMIENTO

A Dios por permitirme la vida, por haberme dado valor, coraje para perseverar en todo este camino. A mi querida universidad y a todos los maestros que han contribuido a mi desarrollo profesional. A mi asesora la Dra. Juana Cohaila Flores por su apoyo, paciencia y consejos brindados en la elaboración de este estudio. A mis revisores por su tiempo y atención. Al Centro de Salud Caja de Agua, a su CERITS y a su personal humano por brindarme hospitalidad y la oportunidad de realizar este estudio.

## ÍNDICE

<b>I. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>8</b>
1.1. Descripción y formulación del problema .....	8
1.1.1. Formulación del problema de investigación: .....	10
1.2. Antecedentes .....	10
1.3. Objetivos.....	14
1.4. Justificación .....	14
1.5. Hipótesis .....	16
<b>II. MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>17</b>
2.1. Bases teóricas sobre el tema de investigación .....	17
<b>III. MÉTODO .....</b>	<b>28</b>
3.1. Tipo de investigación.....	28
3.2. Ámbito temporal y espacial.....	28
3.3. Variables.....	29
3.4. Población y muestra.....	34
3.5. Técnica e instrumentos de estudio .....	34
3.6. Procedimientos .....	35
3.7. Análisis de datos.....	35
3.8. Consideraciones éticas:.....	36
<b>IV. RESULTADOS.....</b>	<b>37</b>
<b>V. DISCUSIÓN .....</b>	<b>44</b>

<b>VI. CONCLUSIONES .....</b>	<b>51</b>
<b>VII.RECOMENDACIONES.....</b>	<b>52</b>
<b>VIII.REFERENCIAS.....</b>	<b>53</b>
<b>IX. ANEXOS.....</b>	<b>59</b>
<b>ANEXO A.....</b>	<b>59</b>
<b>ANEXO B.....</b>	<b>60</b>

## RESUMEN

**Introducción:** El VIH persiste en ser un grave asunto de salud pública. La OMS y la ONUSIDA cuentan con estrategias mundiales con el propósito de poner fin a la epidemia del VIH para el 2030; para ello es necesario que el 95% de personas con VIH deben contar con diagnóstico, tratamiento antirretrovírico (TAR) y llegar a la supresión virológica. Para poder ser medido todo esto se requiere a la retención en el cuidado. **Objetivo:** Valorar el porcentaje de pacientes que viven con VIH tratados en un centro de referencia de infecciones de transmisión sexual (CERITS) de Lima Este que presentan retención en el cuidado medido en un año. **Metodología:** Estudio descriptivo retrospectivo con datos secundarios de PVVS atendidos en el centro de estudio entre el 1 abril de 2022 hasta el 1 de abril de 2023, con la retención en el cuidado, como principal acontecimiento de interés y la cual es definida como el número de, al menos dos visitas médicas, que se den cada 12 meses en un lapso de 90 días entre visita y visita. **Resultados:** Se contó con 115 PVVS; de los cuales, 76 (66%) son llamados retenidos. La media de edad fue 31,83 DS ( $\pm 9,3$ ); 71(93.4%) fueron de sexo masculino, 58(76.3%) pertenecían a población clave (HSH) y 22 (28.9%) fueron venezolanos. El recuento de CD4 de solo 12 (15.8%) PVVS correspondió a  $\geq 500\text{cel}/\text{mm}^3$ . La supresión virológica solo pudo ser medida en 44 (57.9%) PVVS. Durante el monitoreo, se halló la coexistencia de Sífilis y VIH en 43 (56.5%) PVVS y en 3 (3.9%) cursaron con anemia. **Conclusión:** Los PVVS presentaron una retención en el cuidado de 66%. Este valor está por debajo de lo estimado por la ONUSIDA y la OMS. La supresión virológica no pudo ser determinante por presentar obstáculos en su medición. Se corroboraron las hipótesis planteadas luego del término de esta investigación.

**Palabras clave:** Retención en el cuidado, VIH, CERITS, Perú.

## ABSTRACT

**Introduction:** HIV continues to be a serious public health issue. WHO and UNAIDS have global strategies with the aim of ending the HIV epidemic by 2030; this requires that 95% of people with HIV should be diagnosed, receive antiretroviral treatment (ART) and reach virological suppression. In order to be measurable, this requires retention in care.

**Objective:** To assess the percentage of patients living with HIV treated at a referral center for sexually transmitted infections (CERITS) in East Lima who present retention in care measured over one year. **Methodology:** Retrospective descriptive study with secondary data

of PLWHA seen at the study center between April 1, 2022 and April 1, 2023, with retention in care as the main event of interest, defined as the number of at least two medical visits occurring every 12 months within 90 days between visits. **Results:** There were 115 PLWHA;

of which 76 (66%) were called retained. The mean age was 31.83 SD ( $\pm 9.3$ ); 71(93.4%) were male, 58(76.3%) belonged to key population (MSM) and 22 (28.9%) were Venezuelan.

The CD4 count of only 12 (15.8%) PLWHA corresponded to  $\geq 500$ cell/mm<sup>3</sup>. Virological suppression could only be measured in 44 (57.9%) PLWHA. During monitoring, the coexistence of syphilis and HIV was found in 43 (56.5%) PLWHA and 3 (3.9%) had anemia.

**Conclusion:** PLWHA presented a retention in care of 66%. This value is below the UNAIDS and WHO estimates. Virological suppression could not be determinant because of obstacles in its measurement. The hypotheses raised after the completion of this research were corroborated.

**Keywords:** Retention in care, HIV, CERITS, Peru.

## I. INTRODUCCIÓN

### 1.1. Descripción y formulación del problema

El VIH persiste en ser un grave asunto de salud pública y que diariamente cobra vidas por su continua transmisión especialmente en las naciones más pobres del mundo. La OMS, el Fondo Mundial y la ONUSIDA cuentan con estrategias mundiales y de la mano con los objetivos del desarrollo sostenible, tienen la visión de poner fin a la epidemia del VIH para el 2030. Para lograr esta meta, se estima que un 95% de pacientes deben ser seropositivos, un 95% deben estar llevando la terapia antirretrovírica (TAR) y el 95% de estos últimos deben tener suprimida la carga viral (Organización Mundial de la Salud, 2023). La supresión virológica previene la morbilidad de las personas que viven con VIH (PVVS) y desacelera la transmisión de la enfermedad mientras el inicio del TARGA sea en el menor tiempo posible luego del diagnóstico (Instituto Nacional de Salud de EE. UU, 2023). Para poder verificar que se dé la supresión viral y esta evidencie una respuesta favorable al tratamiento, se requiere de la retención en el cuidado que actúa en relación inversa con la carga viral (Sabin et al., 2017).

Actualmente no existe un consenso en cuanto a la medida de la retención en el cuidado. La definición más usada está basada en las visitas para atención médica, en la que el paciente con VIH tuvo al menos dos visitas médicas cada 12 meses en un lapso de 90 días entre visita y visita. Esta definición es compartida por la Administración de Recursos y Servicios de Salud y el Instituto de Medicina de EE. UU (Currículo Nacional del VIH, 2023). La retención en el cuidado en distintos estudios se ha determinado evaluando factores sociodemográficos, factores psicosociales, conductas riesgosas como el consumir narcóticos, pacientes jóvenes, la distancia del centro de salud a sus hogares, entre otros. Por lo que, se relaciona directamente con la frecuencia de visitas médicas (Szadkowski et al., 2018).



La Región de las Américas ha contribuido a la contienda mundial en contra del VIH/SIDA desde el inicio de la enfermedad centrándose en la atención médica y los derechos humanos mediante herramientas utilizadas por la industria sanitaria mundial para combatir el VIH, la hepatitis viral y otras enfermedades de transmisión sexual para el lapso de 2022 – 2030 y buscan una respuesta acelerada, focalizada, más eficaz, innovadora y sostenible (Organización Panamericana de la Salud, 2023).

En nuestro país desde el 2009, como respuesta, se implementó por parte del Ministerio de Salud, los Centros de Referencia de Infecciones de Transmisión Sexual (CERITS) y las Unidades de Atención Médica Periódica (UAMP) con la intención de fomentar la atención oportuna con capacidad de diagnóstico y tratamiento para la población vulnerable (Inga y López, 2017).

Este CERITS tiene como finalidad principal descentralizar los centros de mayor complejidad y como establecimiento de primer nivel de atención ofrecer diagnóstico, tratamiento y atención integral con el equipo humano capacitado y entrenado (Norma técnica de salud de atención integral del adulto con infección por el VIH, 2020).

Es importante resaltar que estos centros durante la pandemia tuvieron un difícil acceso y el impacto fue grande logrando incluso en no evidenciarse supresión viral (Meyer, D et al., 2023)

A propósito de buscar la descentralización, en los CERITS existen pocos estudios en donde se tenga datos actuales de la retención de cuidado y como este influye en la supresión viral ya explicado líneas arriba. Por lo que; se precisa realizar este estudio tomando en consideración también los tiempos post pandemia.

Merece destacar que tales estudios nos ayudan a ver a las personas con mayor claridad. A la luz de lo anterior, nos cuestionamos lo siguiente:

### **1.1.1. Formulación del problema de investigación:**

¿Qué porcentaje de pacientes PVVS tratados en un centro de referencia de infecciones de transmisión sexual (CERITS) de Lima Este presentan retención en el cuidado anualmente?

## **1.2. Antecedentes**

### **1.2.1. Antecedentes internacionales:**

Anderson et al. (2021) mediante su investigación titulada “Predictores de disparidades en la retención en la atención entre los afroamericanos que viven con el VIH” tuvo como propósito medir los productos de la alfabetización en salud y los factores sociodemográficos sobre la retención de la atención entre pacientes afroamericanos que viven con el VIH en Atlanta y Georgia en EE. UU. Este estudio en particular fue longitudinal no experimental. Se tuvo un número de 699 participantes de quienes se recopilaron datos al inicio y luego de seis meses. Se implementó un estudio de modelo logístico multivariable de donde se obtuvieron resultados dando un 74% de retención en el cuidado mostrando a la alfabetización en salud como factor principal para ayudar a explicar las disparidades en la retención en la atención entre los afroamericanos.

López et al. (2022) en su investigación titulada “El impacto del estatus socioeconómico del vecindario en la retención en la atención y la supresión viral entre las personas que viven con el VIH” cuyo objetivo fue investigar las relaciones entre nivel socioeconómico, la retención de cuidado y supresión virológica realizado en el lado oeste de EE. UU. En este estudio se recopilan datos clínicos y el nivel socioeconómico mediante un censo a un total de 2275 pacientes entre los años 2009-2015. En este caso determinaron como retención en el cuidado  $\geq 3$  visitas y la carga viral  $< 200$  copias/ml durante el año de estudio. Se realizó un estudio de modelo logístico multivariable y obtuvieron resultados en donde el pertenecer a la tercera edad, vivir en una zona céntrica y recibir TARGA tienen mayor frecuencia de retención en el cuidado; por el contrario, los desempleados mostraron frecuencias más bajas respecto a

la retención en el cuidado y no se determinó mayor relación en que el nivel socioeconómico tenga influencia directa en la supresión viral.

Sabin et al. (2017) quien posee un estudio con el título de “Asociación entre el compromiso en el cuidado y la mortalidad en personas con VIH” considerando como propósito el estimar las asociaciones entre el compromiso en el cuidado y la mortalidad futura realizado en Reino Unido. Este estudio es de tipo cohorte observacional. Se tuvo un número de 44432 pacientes con VIH de los cuales recopilaron datos sociodemográficos y clínicos durante 5 años y medio. Se realizó un estudio de modelo logístico multivariable de donde se obtuvieron resultados en que la frecuencia de retención en el cuidado estuvo asociado a menor frecuencia de mortalidad y a menor carga viral en pacientes que ya habían iniciado TARGA. Se concluyó que la mayor cantidad de visitas para la atención se reflejan en una menor mortalidad sin importar la etapa de la infección.

Abebe et al. (2020) quien posee un estudio con el título de “Retención y deserción en pacientes con VIH en la atención y sus determinantes en Etiopía: una revisión sistemática y metaanálisis” con el propósito de identificar los aspectos vinculados con la retención y la deserción de la nación Etiope entre los años 2005-2019. Este estudio es de tipo revisión sistemática y metaanálisis. Se tuvo una muestra de 546 250 de pacientes de quienes se recopilaron datos mediante la guía PRISMA y usando STATA versión 14 en donde se obtuvieron resultados, dentro de los cuales, el ser soltero, el no tener una persona de apoyo, el que no se haya compartido con alguien más su diagnóstico, el abuso de sustancias, la angustia mental, el estadio clínico avanzado y el bajo peso fueron factores asociados para una no retención del cuidado en pacientes con VIH llegando a la deserción. Por lo que, se concluyó que el nivel de retención en el cuidado entre los pacientes con VIH fue bajo en aquella nación Etiope.

Blugerman (2018) en su investigación titulada “Retención en cuidado y distancia entre hospital y domicilio de pacientes VIH adultos de la ciudad de Buenos Aires” se planteó si la existencia de gran distancia al hospital forma parte de los aspectos limitantes en la retención en cuidado en adultos con VIH de Buenos Aires en Argentina. Este estudio es de tipo cohorte retrospectiva. Se tuvo un número de 846 pacientes que padecen VIH de los cuales recopilamos datos entre los años 2011 y 2013. Dentro de los datos recopilados, se identificaron las direcciones de los pacientes y mediante las aplicaciones Google Maps ® y Google Maps Distance Matrix API ® se calculó el tramo casa-hospital además de la duración del recorrido. Se hizo un estudio de modelo logístico multivariable de donde se obtuvieron resultados siendo en su mayoría varones y que a pesar de que les tomaba cerca de 1 hora aprox en llegar al hospital, la retención en el cuidado llegó a ser cerca al 90% en PVVS demostrando así que el lapso de recorrido y el tramo casa-hospital no se vinculan con la retención en el cuidado.

### ***1.2.2. Antecedentes nacionales:***

Prochazka (2017) en su investigación titulada “Agentes de soporte personal y retención en el cuidado en pacientes con infección por VIH en un hospital público de referencia en Perú” tuvo como fin el reconocer los aspectos vinculados de contar con el agente de soporte y su conexión con retención en el cuidado además de la supresión virológica en un hospital de nivel superior o referencia del Ministerio de Salud de nuestro país. Este estudio en particular fue cohorte retrospectiva. Se tuvo un número de 1345 pacientes con VIH de quienes se recopilamos datos entre los años 2011 – 2014. Se hizo un estudio de modelo logístico multivariable de donde se obtuvieron resultados mostrando que los pacientes que contaban con agentes de soporte estaban propensos a ser retenidos al transcurrir dos años, el no compartir el diagnóstico de la enfermedad a su entorno, se asoció a no tener agente de soporte y el contar con ello no estuvo vinculado con la supresión viral. Por lo que se concluyó que la presencia de un agente de soporte personal se asocia a la retención en el cuidado.

Parra y Quispe (2018) quienes poseen un estudio con el título de “Factores asociados a retención en el cuidado de personas viviendo con VIH/SIDA en el programa de un hospital de Lima, Perú” y consideró estimar los aspectos vinculados a retención en el cuidado de PVVS del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins de nuestro país. Este estudio en particular fue cohorte retrospectiva. Se tuvo un número de 624 pacientes que padecen VIH de quienes se recopilaron datos entre los años 2010 - 2014 mediante revisión de historias clínicas. Se hizo un estudio de modelo logístico multivariable de donde se obtuvieron resultados mostrando que la retención en el cuidado fue de 52,6% teniendo a la edad del paciente y la distancia al establecimiento <5km como principales factores asociados.

Castro (2023) en su investigación titulada “Retención en el cuidado en personas que viven con VIH atendidas en un centro de Lima Norte bajo un modelo de atención descentralizada” consideró estimar la incidencia de retención en el cuidado de PVVS de un (CERITS) de Lima Norte en Perú. Este estudio en particular fue analítico observacional cohorte retrospectivo mediante el uso de datos secundarios. Se tuvo una cantidad de 150 pacientes que padecen VIH de los cuales recopilaron datos entre mayo del 2021- diciembre del 2022 mediante revisión de historias clínicas. Se hizo un estudio de modelo logístico multivariable de donde se obtuvieron resultados mostrando que la mayoría fueron varones (72.7%) y el (13.3%) tenían nacionalidad venezolana, la retención en el cuidado se estimó en un 96% con la notificación de un 83% de supresión virológica, aunque no fue cuantificada en todos los pacientes. Se supo también que poco menos de la cuarta parte de los pacientes eran RPR/VDRL positivo y padecían de dislipidemia. Por lo que, se concluyó, que la frecuencia de retención en el cuidado fue alta, aunque se mostró sesgos respecto a la supresión viral en el CERITS de estudio.

### **1.3. Objetivos**

#### ***1.3.1. Objetivo general***

Valorar el porcentaje de pacientes PVVS tratados en un centro de referencia de infecciones de transmisión sexual (CERITS) de Lima Este que presentan retención en el cuidado medido en un año.

#### ***1.3.2. Objetivos específicos***

- Delinear los elementos sociodemográficos (edad, sexo, nivel educativo y distancia casa-CERITS) vinculados a la retención de cuidado de PVVS en el Centro de Referencia de Infecciones de Transmisión Sexual (CERITS) de Lima Este en el transcurso de un año.
- Describir los parámetros clínicos (conteo de CD4 y el lugar de origen) vinculados a la retención de cuidado de PVVS en un Centro de Referencia de Infecciones de Transmisión Sexual de Lima Este (CERITS) en el transcurso de un año.
- Examinar la incidencia de supresión viral de las PVVS en el CERITS (Centro de Referencia de Infecciones de Transmisión Sexual de Lima Este) en el transcurso de un año.

### **1.4. Justificación**

En el Perú el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades y la Red Nacional de Epidemiología (RENACE) responsables del seguimiento epidemiológico del VIH en el último boletín notificado hasta el 30 de noviembre de 2022, refiere al VIH como una epidemia de tipo concentrada, teniendo como característica el presentar una mayor prevalencia y transmisión sobre todo en poblaciones clave (Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades, 2022).

Presentó una frecuencia del 0,4% (IC 95%: 0,3-0,4) en adultos de 15 a 49 años y una mayor prevalencia entre los (HSH) hombres que practican sexo con otros hombres (9,6%) y mujeres transexuales (31,4%), se esperaba que 98 000 personas (IC 95%: 85 000 - 110 000) vivieran con la infección por VIH en el país en 2021. (Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades, 2022).

En noviembre de 2022, se documentaron 158.134 de infectados por VIH en el sistema de vigilancia desde 1983, cuando se identificó el primer reporte de SIDA en el país. De ellos, 49.001 habían recibido un diagnóstico en fase de SIDA. (Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, 2022).

Se entiende que la epidemia del VIH en nuestro país no está controlada y se requiere evaluar por qué la transmisión sigue en aumento.

Para poder llegar a evaluar ello se requiere de la retención en el cuidado. Este concepto se va a resumir como la frecuencia de atención médica cuantificada en un año en un PVVS y cuales factores influenciarían a que el paciente no pueda acudir a sus citas médicas y por consecuencia no tenga un control adecuado de la adherencia al tratamiento y de la ansiada supresión viral.

Esta evaluación será elaborada en un Centro de Referencia de Infecciones de Transmisión Sexual (CERITS) que viene siendo el primer nivel de atención a PVVS donde reciben una atención integral de un equipo multidisciplinario desde el 2009 (Inga y López, 2017).

La relevancia de este estudio radica en que pocas investigaciones previas en el país se han realizado en entornos de atención primaria, mientras que otras se han creado en hospitales de referencia por lo que la diferencia de los resultados podría ser objeto de estudio para determinar si el trabajo desde la prevención y fomentación de la salud, que son características de los centros de salud de primer nivel, están siendo de gran valor para poder evidenciar la mejora en

los PVVS o cuales otros factores son partícipes de esta realidad en nuestro país. El estudio tiene valor teórico porque identifica las variables que están directamente relacionadas con la retención del paciente en la atención, al tiempo que permite describir la teoría ideal para cada variable y generar un debate sobre las opciones, las dimensiones y los métodos de medición utilizados en el estudio.

El uso de una herramienta de medición probada y fiable ayudará metodológicamente a comprender la noción de las variables investigadas. (Castro, 2023).

En el aspecto práctico, los hallazgos de la investigación ofrecerán sugerencias que, cuando se implementen, ayudarán a las personas con VIH en San Juan de Lurigancho a comprender mejor las variables que influyen en la retención en su atención.

### **1.5. Hipótesis**

- La presencia de un agente de soporte es una característica sociodemográfica asociada a la retención en el cuidado en PVVS de un CERITS de San Juan de Lurigancho entre 1 de abril 2022 y 1 de abril 2023.
- La distancia domicilio – CERITS es una característica sociodemográfica asociada a la retención en el cuidado en PVVS de un CERITS de San Juan de Lurigancho entre 1 de abril 2022 y 1 de abril 2023.
- El inicio temprano de TAR es una característica clínica vinculada a la retención en el cuidado en PVVS de un CERITS de San Juan de Lurigancho entre 1 de abril 2022 y 1 de abril 2023.



## II. MARCO TEÓRICO

### 2.1. Bases teóricas sobre el tema de investigación

#### 2.1.1 *Definición*

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) ataca al sistema inmune del cuerpo humano, en específico, a los glóbulos blancos linfocitos T CD4. Este virus actúa replicándose en estas células dañándolas y las “destruyen”. La pérdida de estos CD4 hace que la persona sea propensa a infecciones oportunistas como tuberculosis, infecciones fúngicas, infecciones bacterianas graves e incluso neoplasias (Organización Mundial de la Salud, 2023).

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), fase más maligna de la infección, puede que tarde entre dos y quince años en manifestarse; es durante este tiempo cuando aparecen infecciones oportunistas y/o neoplasias (Organización Mundial de la Salud, 2023).

#### 2.1.2 *Formas de transmisión del virus*

El virus del VIH se propaga por contacto con fluidos corporales contaminados tales como:

- Sangre
- Semen
- Líquido preseminal
- Secreciones vaginales
- Secreciones rectales
- Leche materna (Transmisión vertical)

Mantener contacto con la vagina o el ano sin utilizar preservativo o con una persona seropositiva que no esté recibiendo terapia TAR puede provocar la propagación del VIH. (Oficina de Política de Enfermedades Infecciosas y VIH / SIDA, 2023)

También puede transmitirse al compartir jeringas, agujas con una persona que tiene

VIH en situación de consumo de drogas o por accidente. (Oficina de Política de Enfermedades Infecciosas y VIH / SIDA, 2023).

El otro método de infección es la transmisión vertical, que se produce durante la gestación, el nacimiento y la lactancia de una madre seropositiva a su hijo. (Oficina de Política de Enfermedades Infecciosas y VIH / SIDA, 2023).

Abrazar o dar la mano o alguna muestra de afecto hacia una persona seropositiva, compartir pertenencias o tocar las mismas superficies no aumenta el riesgo de propagación del VIH. La infección del VIH no es posible que sea transmitida por las picaduras de mosquitos u otros insectos hematófagos. (Oficina de Política de Enfermedades Infecciosas y VIH / SIDA, 2023).

### **2.1.3 Signos y Síntomas**

Dependiendo del estadio de la infección, ésta puede presentar signos y síntomas (Oficina de Política de Enfermedades Infecciosas y VIH / SIDA, 2023).

Algunas personas pueden experimentar signos y síntomas parecidos a los del resfriado y/o la gripe durante las primeras cuatro semanas tras la infección, lo que se conoce como fase aguda, tales como escalofríos, fiebre o erupciones cutáneas que pueden durar desde pocos días hasta varias semanas. (Oficina de Política de Enfermedades Infecciosas y VIH / SIDA, 2023).

Otros síntomas pueden presentarse como sudoraciones nocturnas, mialgias, odinofagia, fatiga e inflamación de ganglios linfáticos. (Oficina de Política de Enfermedades Infecciosas y VIH / SIDA, 2023).

Puede que ni siquiera haya síntomas en esta primera fase de la infección, pero es importante señalar que la replicación vírica está en su punto álgido durante esta fase aguda. (Oficina de Política de Enfermedades Infecciosas y VIH / SIDA, 2023).

Posteriormente y al transcurrir el tiempo la replicación viral continua. Si la persona no recibe el diagnóstico y tratamiento oportuno es donde se pueden manifestar una serie de signos

y síntomas que van a estar relacionados con las infecciones oportunistas que puedan coexistir con el VIH. (Oficina de Política de Enfermedades Infecciosas y VIH / SIDA, 2023).

### Figura 1

#### Clasificación clínica de la infección por VIH en adultos y adolescentes

Estadios	Clínica
<b>Clinico 1</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asintomático</li> <li>• Linfadenopatía generalizada persistente</li> </ul>
<b>Clinico 2</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pérdida de peso idiopática (&lt;10% del peso corporal)</li> <li>• Infecciones recurrentes de las vías respiratorias (sinusitis, amigdalitis, faringitis, otitis media)</li> <li>• Herpes zoster</li> <li>• Queilitis angular</li> <li>• Úlceras orales recurrentes</li> <li>• Erupciones papulares pruriginosas</li> <li>• Dermatitis seborreica</li> <li>• Onicomycosis</li> </ul>
<b>Clinico 3</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pérdida grave de peso idiopática (&gt;10% del peso corporal)</li> <li>• Diarrea crónica idiopática durante más de un mes</li> <li>• Fiebre persistente idiopática (&gt;37.5 °C intermitente o constante durante más de un mes)</li> <li>• Candidiasis oral persistente</li> <li>• Leucoplasia oral vellosa</li> <li>• Tuberculosis pulmonar</li> <li>• Infecciones bacterianas graves (neumonía, empiema, piomiositis, osteomielitis, artritis, meningitis, bacteriemia)</li> <li>• Estomatitis, gingivitis o periodontitis ulcerativa necrotizante aguda.</li> <li>• Anemia, neutropenia (&lt;0.5 x 10<sup>9</sup>/L) y/o trombocitopenia crónica (&lt;50 x 10<sup>9</sup>/L) idiopática</li> </ul>
<b>Clinico 4</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Síndrome de consunción por VIH</li> <li>• Neumonía por Pneumocystis</li> <li>• Neumonía bacteriana grave recurrente</li> <li>• Infección crónica por herpes simple (oralabial, genital o anorrectal de más de un mes de duración, o visceral de cualquier duración)</li> <li>• Candidiasis esofágica (o candidiasis de la <del>traquea</del> <del>los bronquios</del> o de los pulmones).</li> <li>• Tuberculosis extrapulmonar</li> <li>• Sarcoma de Kaposi</li> <li>• Infección diseminada por micobacterias <del>no tbc</del></li> <li>• Leucoencefalopatía multifocal progresiva</li> <li>• Criptosporidiasis crónica</li> <li>• Isosporiasis crónica</li> <li>• Micosis sistémica</li> <li>• Septicemia recurrente (incluye salmonella no tifoidea)</li> <li>• Linfoma (cerebral o de células B no Hodgkin)</li> <li>• Carcinoma cervical invasivo</li> <li>• Leishmaniosis atípica diseminada</li> <li>• Nefropatía o miocardiopatía sintomáticas asociadas al VIH.</li> </ul>

Nota: Estos cuatro estadios tienen relación con el recuento de CD4. Esta relación inversa va a determinar la gravedad; siendo el estadio 4 el más grave y tiene un conteo de  $<200/\text{mm}^3$  de CD4. Según la Organización Panamericana de la Salud (2009), la gravedad de la enfermedad y la consiguiente manifestación del SIDA aumentan con la disminución del recuento de CD4. Tomado de Norma técnica de salud de atención integral del adulto con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) por Ministerio de Salud, 2020, “Norma técnica de salud de atención integral del adulto con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)”.

## Figura 2

### *Recuento de CD4*

<b>Síntomas asociados a la infección por VIH</b>	<b>Autores</b>	<b>Estadístico</b>
<b>Asintomático</b>	1	$>500$
<b>Síntomas leves</b>	2	350-499
<b>Síntomas avanzados</b>	3	200-349
<b>Síntomas graves</b>	4	$<200$

Tomado de Norma técnica de salud de atención integral del adulto con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) por Ministerio de Salud, 2020, “Norma técnica de salud de atención integral del adulto con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)”.

### **2.1.4 Diagnóstico**

La presencia del VIH puede detectarse mediante ensayos aprobados por la OMS. Según la Oficina de Enfermedades Infecciosas y Política sobre el VIH/SIDA, estos ensayos serológicos o pruebas de tamizaje del VIH se distinguirán por su capacidad para detectar ácido nucleico, anticuerpos y antígenos.

Para buscar anticuerpos contra el virus se utiliza una prueba de cribado inmunocromatográfica denominada prueba rápida del VIH. Para realizarla se utilizan muestras de sangre capilar o venosa, suero o plasma. El sistema inmunitario detecta anticuerpos como parte de su propia respuesta inmunológica, no necesariamente en respuesta al VIH. (Norma técnica de salud de atención integral del adulto con infección por el VIH, 2020).

Por lo tanto, es importante señalar que estos anticuerpos se encontrarán más fácilmente 21 días después de descubrirse la enfermedad. El pico de actividad de la replicación vírica y, por tanto, de infecciosidad tendrá lugar durante este tiempo, que se denominará fase de seroconversión. (Oficina de Política de Enfermedades Infecciosas y VIH/SIDA, 2023).

Una prueba de cribado de laboratorio denominada prueba de inmunoadsorción enzimática (ELISA) para el VIH puede determinar la participación de anticuerpos del VIH de tercera y/o cuarta generación. (Norma técnica de salud de atención integral del adulto con infección por el VIH, 2020).

La IFA, o inmunofluorescencia indirecta, el inmunoblot y la carga viral para el VIH son pruebas confirmatorias del VIH que se realizan en sangre o plasma con el fin de descubrir desarrollo de anticuerpos específicos contra el VIH o detección exacta del virus o sus elementos. El Instituto Nacional de Salud (INS) se encargará de la ejecución de estas pruebas. (Norma técnica de salud de atención integral del adulto con infección por el VIH, 2020).

Las pruebas serológicas deben ser usadas en conjunto para poder establecer un correcto diagnóstico.

Según la “Norma Técnica de Salud de Atención Integral del Adulto con infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH)” del 2020 para reconocer a una persona infectada con VIH se requiere:

a. Dos tamizajes rápidos de detección de anticuerpos para VIH (tercera generación) de diferentes laboratorios fabricantes que sean de resultado reactivo. (Norma

técnica de salud de atención integral del adulto con infección por el VIH, 2020).

b. Con resultados reactivos, un tamizaje rápido de anticuerpos del VIH (tercera generación) y un tamizaje rápido de anticuerpos/antígenos del VIH (cuarta generación).

(Norma técnica de salud de atención integral del adulto con infección por el VIH, 2020).

c. Un tamizaje rápido del VIH (tercera o cuarta generación) y un ELISA reactivo del VIH. (Norma técnica de salud de atención integral del adulto con infección por el VIH, 2020).

d. Un tamizaje rápido del VIH de tercera o cuarta generación con un resultado reactivo y una prueba confirmatoria positiva (carga viral, IFA o inmunoblot). (Norma técnica de salud de atención integral del adulto con infección por el VIH, 2020).

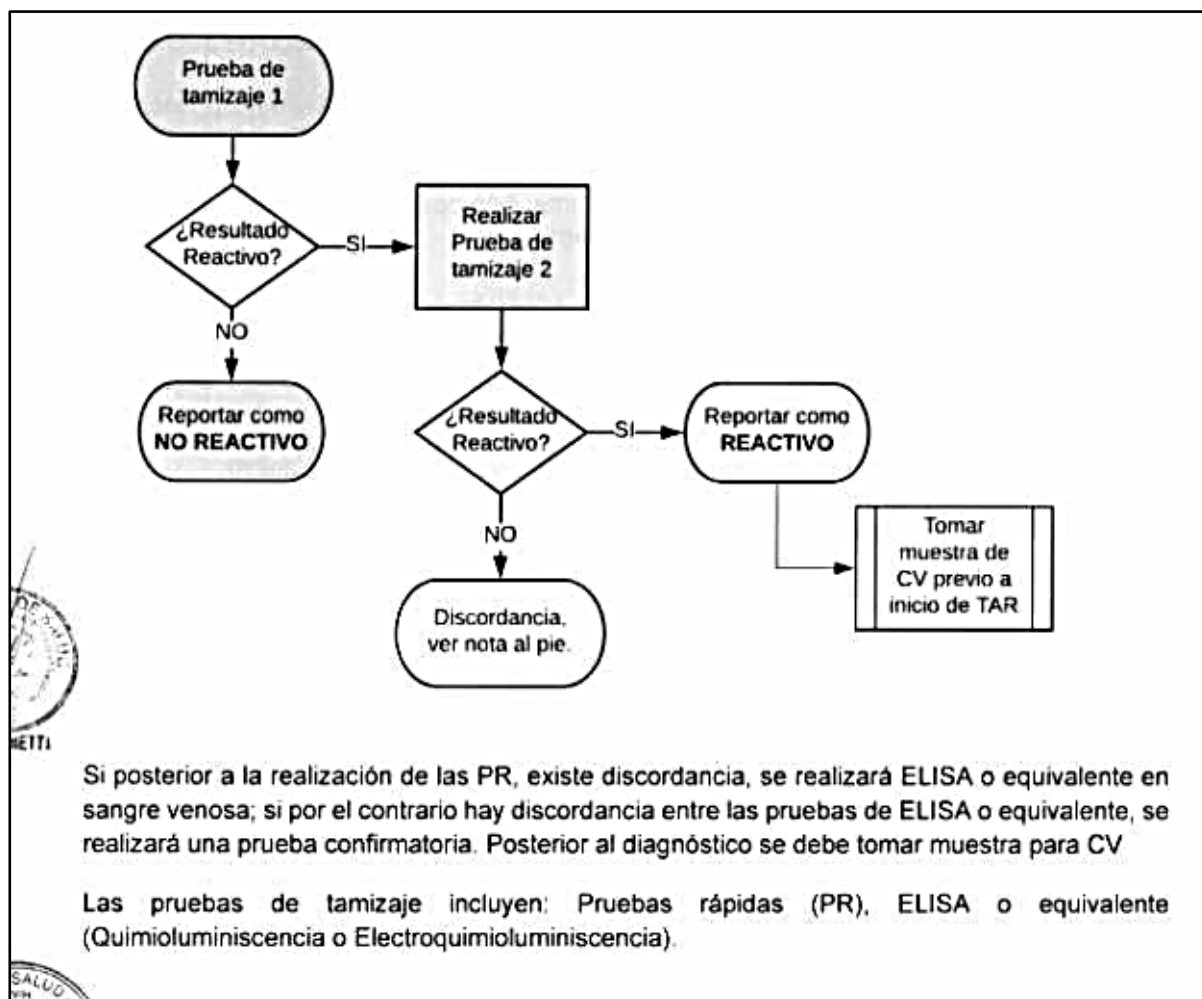
Una vez realizado el diagnóstico, deben llevarse a cabo las evaluaciones pertinentes para permitir un inicio precoz de la terapia antirretroviral. (Norma técnica de salud de atención integral del adulto con infección por el VIH, 2020).

Deben realizarse pruebas de confirmación (carga vírica, IFI o inmunoblot) en todos los casos que se hayan identificado sin esperar a los resultados antes de iniciar la terapia. (Norma técnica de salud de atención integral del adulto con infección por el VIH, 2020).

Para que la evaluación y la admisión al TAR se inicien lo antes posible, los pacientes reactivos en otros centros de salud y/o laboratorios deben ponerse en contacto con los servicios de vigilancia y monitoreo del VIH/SIDA, Infecciones de Transmisión Sexual y hepatitis del centro de salud. (Norma técnica de salud de atención integral del adulto con infección por el VIH, 2020).

**Figura 3**

*Flujograma de diagnóstico de infección por VIH en adultos*



Tomado de Norma técnica de salud de atención integral del adulto con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) por Ministerio de Salud, 2020, “Norma técnica de salud de atención integral del adulto con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)”.

### 2.1.5 *Tratamiento*

#### **Tratamiento Antirretroviral (TAR)**

Según la “Norma Técnica de Salud de Atención Integral del Adulto con infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH)” del 2020 para iniciar con TAR en PVVS se requiere:

a. Con independencia de que la evaluación del equipo multidisciplinar haya concluido o no, la iniciación debe producirse lo antes posible. (Norma técnica de salud de atención integral del adulto con infección por el VIH, 2020).

b. La exploración física y la anamnesis suficiente que conforman la evaluación médica deben centrarse en la indagación de síntomas de supresión inmune y de infecciones oportunistas. (Norma técnica de salud de atención integral del adulto con infección por el VIH, 2020).

c. La fase de la infección, el número de linfocitos CD4 y la concentración viral no influyen en el momento de inicio. (Norma técnica de salud de atención integral del adulto con infección por el VIH, 2020).

d. Las pruebas auxiliares que se enumeran a continuación deben realizarse a todos los pacientes:

- El hemograma completo, la TFG, la glucemia en ayunas, la creatinina sérica y (para mujeres en edad fértil) un test de embarazo son las pruebas de laboratorio fundamentales.
- Radiografía de tórax
- Se requieren dos frotis de esputo en pacientes sintomáticos para descartar la tuberculosis pulmonar.
- Detección de ITS: Hepatitis B, Hepatitis C y RPR o VDRL para sífilis.
- Carga vírica basal y recuento de linfocitos CD4 (no necesariamente necesarios)



para el inicio) (Norma técnica de salud de atención integral del adulto con infección por el VIH, 2020)

e. Tras comentar con el paciente las ventajas e inconvenientes de la terapia antirretrovírica, el ingreso es totalmente opcional. Es necesario firmar el formulario de consentimiento informado. (Norma técnica de salud de atención integral del adulto con infección por el VIH, 2020).

f. El plan original es la acción en conjunto de dos fármacos inhibidores nucleósidos de la transcriptasa inversa y un tercer fármaco al que se seleccionará después de evaluar a cada paciente. (Norma técnica de salud de atención integral del adulto con infección por el VIH, 2020).

#### **Figura 4**

##### *Esquema de Primera Línea para TAR de infección por VIH*

<b>Esquema de elección</b>	<b>Dosis</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Tenofovir 300mg</b></li> <li>• <b>Lamivudina 300mg</b></li> <li>• <b>Dolutegravir 50mg</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 tableta de DFC cada 24 horas</li> </ul>

Nota: DFC - Dosis fija combinada. Tomado de Norma técnica de salud de atención integral del adulto con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) por Ministerio de Salud, 2020, “Norma técnica de salud de atención integral del adulto con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)”.

#### **Monitoreo del TAR**

a. El paciente debe recibir evaluaciones mensuales del médico tratante durante los tres primeros meses, seguidas de evaluaciones cada tres meses durante el año siguiente, y después semestralmente. (Norma técnica de salud de atención integral del adulto con infección por el VIH, 2020).

b. En cada cita se evaluarán los acontecimientos adversos, el cumplimiento y la adhesión al TAR, la existencia de enfermedades oportunistas y otras enfermedades coexistentes. La "Tarjeta de administración de terapia antirretrovírica y preventiva para pacientes con VIH" se utilizará para controlar los preservativos, los fármacos adicionales en caso necesario y los antirretrovíricos que se administren a los pacientes. (Norma técnica de salud de atención integral del adulto con infección por el VIH, 2020).

#### **Recuento de linfocitos CD4**

- Tras el diagnóstico, debe intentarse determinar el estadio y, en consecuencia, su tratamiento clínico. Después del primer año, el control se realizará anualmente. El recuento de CD4 será opcional y por indicación médica si el recuento es superior a 500 células/ul y la carga viral está controlada en dos determinaciones sucesivas. (Norma técnica de salud de atención integral del adulto con infección por el VIH, 2020).

#### **Monitoreo de carga viral**

- Es el mayor indicador de la respuesta eficaz de la terapia antirretrovírica. Tras el inicio del TAR, se comprueba al tercer mes, luego es semestral en el transcurso del primer año y, por último, una sola vez al año. Las indicaciones médicas de probable fracaso virológico exigirán medidas adicionales. (Norma técnica de salud de atención integral del adulto con infección por el VIH, 2020).

#### **Coinfección con Enfermedades oportunistas**

- Es posible observar la coexistencia con otras ITS como la sífilis o hepatitis B y/o hepatitis C y otras comorbilidades. En este caso se va a requerir establecer el diagnóstico confirmatorio con la evaluación previa al inicio de TAR. Existen esquemas especiales que van detallados en

la “Norma Técnica de Salud de Atención Integral del Adulto con infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH)” del 2020 y que serán explicados de acuerdo con los resultados de esta investigación. (Norma técnica de salud de atención integral del adulto con infección por el VIH, 2020).

### **Retención en el cuidado**

- La definición más usada está basada en las visitas para atención médica, en la que el paciente con VIH tuvo al menos dos visitas médicas cada 12 meses en un lapso de 90 días entre visita y visita. Tanto la Administración de Recursos y Servicios Sanitarios como el Instituto Americano de Medicina utilizan esta terminología. (Currículo Nacional del VIH, 2023).

- Se trata de un indicador que muestra cuántos pacientes seropositivos inician y siguen tomando la terapia antirretrovírica (TAR) tras un periodo de monitoreo, que pueden ser desde 1 año, 2 o a lo largo de cinco años. (Norma técnica de salud de atención integral del adulto con infección por el VIH, 2020).

### **Supresión del virus**

Se presenta en un PVVS en tratamiento antirretrovírico cuya carga viral del VIH se ha reducido a un nivel indetectable (50 copias/ml). (Norma técnica de salud de atención integral del adulto con infección por el VIH, 2020).

### **III. MÉTODO**

#### **3.1. Tipo de investigación**

Investigación descriptiva retrospectiva con datos secundarios, con la retención en el cuidado, medida un año después del ingreso en el centro de salud del estudio, como principal acontecimiento de interés.

#### **3.2. Ámbito temporal y espacial**

La investigación fue llevada a cabo en las instalaciones del CERITS (Centro de Referencia de Infecciones de Transmisión Sexual) "Caja de Agua" en el barrio de San Juan de Lurigancho en Lima Este. El centro de investigación cuenta con un laboratorio para procesar los resultados de las pruebas de ITS y dentro del equipo profesional multidisciplinario, se encuentra un médico infectólogo quien realiza tres turnos semanales y atiende alrededor de 15 pacientes PVVS; también se cuenta con 2 médicos cirujanos generales, 2 enfermeras, 2 obstetras, 2 técnico de laboratorio, 8 promotores de salud, 1 consejero paritario, 1 farmacéutico y 1 técnico de enfermería apoyan el diagnóstico, la terapéutica y el monitoreo de las ITS, además de apoyo psicológico y nutricional que va detallado en la historia clínica del PVVS (Norma técnica de salud de atención integral del adulto con infección por el VIH, 2020).

Los datos están organizados en la "Tarjeta de Administración de TAR y Terapia Preventiva en pacientes con VIH", la primera visita coincide con el primer recojo de las medicinas, pero luego ya son distintas a las fechas de las citas médicas (Norma técnica de salud de atención integral del adulto con infección por el VIH, 2020).

Los controles médicos, la evaluación de la concentración viral y los resultados del número de CD4 que procesa el Instituto Nacional de Salud (INS) y que posteriormente se documentan en el expediente médico del paciente determinarán el seguimiento. (Norma técnica de salud de atención integral del adulto con infección por el VIH, 2020).

### 3.3. Variables

#### 3.3.1. Variables Independientes

- Aspectos sociodemográficos
- Características clínicas

#### 3.3.2. Variable Dependientes

- Retención en el cuidado

**TABLA 1**

*Descripción de las variables*

<b>Variables</b>	<b>Posición de la hipótesis</b>	<b>Por su naturaleza</b>	<b>Escala de medición</b>
<b>Retención en el cuidado</b>	Dependiente	Cualitativa	Nominal
<b>Características sociodemográficas</b>	Independiente	Cualitativa	Nominal
<b>Características clínicas</b>	Independiente	Cualitativa	Nominal

**Tabla 2***Operacionalización de variables*

<b>Variable</b>	<b>Definición Operativa</b>	<b>Valores finales</b>	<b>Tipo de variable</b>	<b>Escala de medición</b>	<b>Fuente de datos</b>
<b>Edad</b>	Edad en años en el momento de la obtención de los datos	Varias soluciones	Politómica de alta precisión	Regular	Formulario de afiliación inicial de ingreso al TAR
<b>Sexo</b>	Sexo del PVVS como figura en el DNI	Hombre Mujer	Politómica de alta precisión	Representativo	Formulario de afiliación inicial de ingreso al TAR
<b>Lugar de procedencia</b>	Ubicación exacta de la dirección del paciente	Varias soluciones	Politómica de alta precisión	Representativo	Formulario de afiliación inicial de ingreso al TAR
<b>Distancia CASA - CERITS</b>	Línea imaginaria trazada entre los dos puntos.	Varias soluciones	Cuantitativa discreta	Razón	Cálculo aproximado realizado con la aplicación Google Maps
<b>Modo de seguro</b>	Varias opciones de financiación en	SIS ESSALUD Privado	Politómica de alta precisión	Representativo	Formulario de afiliación inicial de ingreso al TAR

	función del seguro del paciente	No tiene			
<b>Nivel de educación</b>	Grado de educación alcanzado por el paciente.	Analfabeto Primaria inconclusa Primaria conclusa Secundaria inconclusa Secundaria conclusa Superior inconclusa Superior conclusa Técnico	Politécnica de alta precisión	Regular	Formulario de afiliación inicial de ingreso al TAR
<b>Estado civil</b>	Situación actual del paciente.	Soltero Conviviente Casado Viudo Divorciado	Politécnica de alta precisión	Representativo	Formulario de afiliación inicial de ingreso al TAR
<b>Grupo poblacional</b>	Grupo poblacional que son susceptibles a contraer el VIH.	HSH TRANS TS PPL PG	Politécnica de alta precisión	Representativo	Formulario de afiliación inicial de ingreso al TAR

<b>Día de cribado (prueba rápida)</b>	Día en que la prueba rápida del VIH dio un resultado REACTIVO	Varias soluciones	Politémica de alta precisión	Regular	Formulario de afiliación inicial de ingreso al TAR
<b>Día de la toma del procedimiento diagnóstico</b>	Día en que el procedimiento diagnóstico dio un resultado POSITIVO	Varias soluciones	Politémica de alta precisión	Regular	Formulario de afiliación inicial de ingreso al TAR
<b>Centro de origen</b>	Lugar en donde el paciente llevó TAR previo al ingreso al CERITS	Varias soluciones	Politémica de alta precisión	Representativo	Formulario de afiliación inicial de ingreso al TAR
<b>Valores CD4</b>	Medición de células CD4/mm <sup>3</sup> Los valores reportados durante el seguimiento	Valores numéricos desde 0 en adelante	Cuantitativa discreta	Razón	Formulario de afiliación inicial de ingreso al TAR (Historia clínica)
<b>Valores de carga viral</b>	Concentración de VIH circulante en el torrente sanguíneo medido en copias/ml	Desde cero “no detectable” en adelante	Politémica de alta precisión	Razón	Formulario de afiliación inicial de ingreso al TAR (Historia clínica)



	Los valores reportados durante el seguimiento				
<b>Fecha de inicio de TAR</b>	Fecha de ingreso a programa TAR	Varias soluciones	Politécnica de alta precisión	Regular	Formulario de afiliación inicial de ingreso al TAR
<b>Lugar de inicio de TAR</b>	Lugar donde inicio el TAR	Varias soluciones	Politécnica de alta precisión	Representativo	Formulario de afiliación inicial de ingreso al TAR
<b>Esquema de TAR</b>	Medicamentos antirretrovirales utilizados	Varias soluciones	Politécnica de alta precisión	Representativo	Formulario de afiliación inicial de ingreso al TAR
<b>Fecha de recojo de TAR</b>	Número de fechas de recojo de TAR en el CERITS	Varias soluciones	Cuantitativa continua	Regular	Formulario de afiliación inicial de ingreso al TAR e Historia Clínica
<b>Fechas de citas médicas</b>	Número de fechas de citas médicas con el infectólogo o médico responsable del CERITS	Varias soluciones	Cuantitativa continua	Regular	Formulario de afiliación inicial de ingreso al TAR e Historia Clínica
<b>Agente de soporte personal</b>	Persona del entorno del paciente que es soporte emocional perenne.	Varias soluciones	Cuantitativa continua	Regular	Formulario de afiliación inicial de ingreso al TAR e Historia Clínica

### **3.4. Población y muestra**

#### **3.4.1. Población**

Entre el 1 de abril de 2022 y el 1 de abril de 2023, se tomarán en cuenta los historiales médicos de los PVVS que se inscriban al CERITS y comiencen el TAR.

#### **3.4.2. Muestra**

Se tiene la información brindada del CERITS de estudio en donde, en el plazo determinado de abril de 2022 hasta de abril 2023, el número de pacientes fue de 115.

#### **3.4.3. Muestreo**

Para el muestreo se utilizó la probabilidad aleatoria simple.

La muestra representativa mínima, calculada mediante la fórmula de la muestra finita, fue de 103 individuos, basada en el índice de casos de VIH registrados del CERITS.

##### **3.4.3.1. Criterios de Selección**

###### **Criterios de Inclusión:**

- Personas con VIH (PVVS)
- Entre el 1 de abril de 2022 y el 1 de abril de 2023, primera inscripción asistencial en el programa TAR en el CERITS de investigación.

###### **Criterios de Exclusión:**

- Personas con falso positivo al virus de la inmunodeficiencia humana.

### **3.5. Técnica e instrumentos de estudio**

Se solicitó por escrito al director del Centro de Referencia de Infecciones de Transmisión Sexual, CERITS ("Caja de Agua") para realizar allí la investigación. Para el

proceso de reunión de información, se utilizó un formulario validado de una investigación anterior que se realizó en un CERITS de Lima Norte en donde se requería el acceso a las historias clínicas. (Castro, 2023).

El método utilizado comprendió un formulario para la compilación de información.

Los datos recolectados a través de los formularios fueron tratados de forma privada y de acuerdo con todas las normas éticas aplicables. Se utilizó códigos para los PVVS; los cuales, fueron organizados en una página de Excel que solo fue administrada por mi persona.

Para el análisis de los datos recogidos dentro del formulario se tuvo en cuenta los criterios de admisión y eliminación de la muestra.

Cada historia clínica fue examinada cuidadosamente para mantener la consistencia de los datos, y no se tomaron en cuenta para este estudio las historias clínicas en las que faltaron datos de filiación, no estén claros, estén mal cumplimentados o sean incoherentes.

### **3.6. Procedimientos**

La información de la hoja de datos o filiación fue comprendida de acuerdo con los historiales médicos que se revisaron, la información obtenida fue netamente confidencial y en ninguna circunstancia se reveló la identidad de los pacientes ni ningún dato personal.

Esta información fue manejada mediante una elaboración de tabla de datos en el programa de Microsoft Excel, del cual se procedió al análisis. Se hizo uso del programa (SPSS) versión 27 para el cálculo y la interpretación de los datos.

### **3.7. Análisis de datos**

Para resumir las variables numéricas en la observación descriptiva se han utilizado medidas de tendencia central y de dispersión, como la media y la desviación estándar acordes con la distribución descubierta. El informe de variables categóricas incluye porcentajes y

frecuencia. Cabe resaltar que las comorbilidades que presentaron los PVVS fueron reportadas al inicio y durante el período en que se realizó este estudio.

Para poner en consideración el porcentaje de la población de estudio que presentaron retención en el cuidado al finalizar el período de un año, se verificará que este valor se aproxime al 95% esperado por la OMS. (Organización Mundial de la Salud, 2023).

Para ello se tomó en cuenta la definición ya mencionada y explicada sobre la cantidad de visitas en que los pacientes accedieron dentro del periodo anual de estudio; estas debían ser al menos dos y que entre cita y cita debía haber un lapso de 90 días. (Currículo Nacional del VIH, 2023).

### **3.8. Consideraciones éticas:**

Tras recibir el permiso del responsable del CERITS previsto, se realizaron todos los procedimientos requeridos para la reunión de información para este estudio.

Cabe resaltar que no hubo contacto directo con los participantes en el proceso de realización de este estudio, no fue imprescindible el consentimiento informado, dado que fue efectuado mediante el análisis de los registros de datos clínicos que estén dentro de los criterios de inclusión. Siempre se mantuvo la confidencialidad y el anonimato de los datos reunidos. Los principios éticos de la Declaración de Helsinki, modificados por última vez en la ciudad de Fortaleza (Brasil) durante la 64.<sup>a</sup> Asamblea General de la Asociación Médica Mundial en octubre de 2013, fueron tomados como norma en todo momento.

#### IV. RESULTADOS

##### **Análisis descriptivo de toda la población de estudio durante el año estudiado**

Fueron 115 personas las que fueron consideradas en este estudio, pacientes que viven con VIH, quienes ingresaron a recibir el tratamiento antirretroviral (TAR) y que cumplieron las normas de inclusión y exclusión.

Respecto a las características sociodemográficas se supo que 105 (91.3 %) eran hombres, la media de la edad resultó ser de 31.11 años con DS ( $\pm 9,1$ ). Se conoció que 79 (68.7%) fueron peruanos y 36 (31.3%) fueron venezolanos. En cuanto al grupo poblacional clave, se supo que 85 (73.9%) fueron hombres que tienen sexo con hombres (HSH), 8 (7%) fueron Transexuales, 7 (6.1%) fueron trabajadores sexuales (TS) y 15 (13%) fueron población general (PG). Respecto al estado civil 90 (78.3%) fueron solteros y 25 (21.7%) fueron convivientes o casados. Se conoció que de acuerdo con la educación básica en nuestro país 72 (62.6%) completaron la secundaria y 43 (37.4%) estaban en grado superior o técnico. Se conoció que la población mayoritaria era del distrito donde se encontraba el centro de estudio, San Juan de Lurigancho, siendo un total de 94 (81.7%).

La media del tramo domicilio - CERITS fue de 6.67 km con DS ( $\pm 4.32$ ).

Se conoció acerca del tipo de seguro que contaban, siendo 89(77.4%) del sistema integral de salud (SIS). Se analizó la presencia de Agente de Soporte, encontrando que 70 (60.9%) contaban con ello.

Respecto a las características clínicas se supo que 20 (17%) fueron pacientes referidos desde otros centros de salud y Hospitales. Se supo que 82 (71.3%) iniciaron el tratamiento antirretrovírico en el CERITS durante el año de estudio en ellos coincide también con la primera consulta para el primer Tamizaje de prueba rápida para VIH.

El recuento de CD4 solo se pudo obtener de 30 (26%) de los PVVS quienes solo 13 (11.3%) personas tenían valores  $\geq 500$ . En cuanto a la carga viral, se recopiló información de 62 (53.9%) PVVS siendo solo 22 (19.1%) denominados como “no detectable”.

Se conoció que a 113 (98.3%) PVVS se le distribuyó el primer esquema o la Dosis Fija Combinada (DFC) que incluye TDF+3TC+DTG.

Se supo que de los PVVS que inician el tratamiento antirretrovírico, 95 fueron del centro de estudio, 12 lo realizaron en otros centros y Hospitales del MINSA, 4 fueron de Hospitales de ESSALUD, 3 de una ONG y 1 fuera del país (Venezuela).

Se conoció que 2 (1.7%) pacientes reportaron RAM y se le cambió el esquema de tratamiento antirretrovírico. Se supo que 68 (59.1%) presentaron RPR/VRDL positivos; 7 (6.08%) cursaron con anemia; 2 (1.73%) cursaron con VPH positivo; 2 (1.73%) con Diabetes; 2 (1.73%) cursaron con depresión; 1(0.86%) con cervicitis; 1(0.86%) con candidiasis orofaríngea; 1(0.86%) con ITU; 1(0.86%) TBC intestinal y 1(0.86%) con dislipidemia. (Tabla N°03)

### **Monitoreo del PVVS durante el año de estudio**

Respecto al número de veces en que el paciente recogió sus medicamentos, se obtuvo una media de 4 visitas DS ( $\pm 2$ ) y en cuanto al número de visitas asistidas, se obtuvo una media de 3 visitas DS ( $\pm 2$ ).

Se utilizó el primer esquema o la Dosis Fija Combinada en su mayoría (TDF+3TC+DTG) fueron 113 (98.3%) que no variaron el tratamiento; 2 cambiaron al menos un fármaco; siete reiniciaron el tratamiento y trece abandonaron el tratamiento.

Se obtuvo conocimiento que 68 pacientes cursaron con RPR/VDRL positivo; 2 cursaron con VPH positivo; 1 con cervicitis; 1 con infección de tracto urinario; 1 con candidiasis orofaríngea; 1 TBC intestinal y 2 presentaron reacción a algún medicamento.

En cuanto a las enfermedades no infecciosas 7 cursaron con anemia; 2 con Diabetes; 2 cursaron con depresión y 1 con dislipidemia.

Se conoció que 30 PVVS mostraron recuento de CD4 al ingreso del tratamiento antiretroviral y de ellos solo 13 pacientes presentaban valores  $\geq 500/\text{mm}^3$ . En cuanto a la carga viral 53 PVVS fueron considerados como “no detectables” que denotaban la supresión viral; esto coincidía con al menos haber iniciado el tratamiento antirretroviral 3 meses antes del reporte. Del total de pacientes, de quienes se obtuvo información de carga viral, 9 presentaron carga viral detectable o  $>$  a 50 copias/mil. (Tabla N°03)

Al finalizar el monitoreo de la población en estudio, se conoció que solo 1 paciente fue derivado a otro centro para continuar el TAR.

### **Acontecimiento de interés**

La retención en el cuidado de los pacientes de este estudio se determinó respetando la definición establecida en donde el número de citas médicas es de mínimo 2 y debe haber pasado 90 días entre ambas fechas para poder llamar al paciente que vive con VIH, paciente retenido. En los hallazgos de este estudio se obtuvieron un total de 76 pacientes retenidos de un total de 115 pacientes incluidos; por lo que, el porcentaje de pacientes con retención en el cuidado resultó ser de 66 %.

Respecto a los aspectos sociodemográficos se conoció que la media de la edad fue 31,83 DS ( $\pm 9,3$ ), 71 (93.4%) fueron de sexo masculino, 58 (76.3%) pertenecen al grupo poblacional (HSH) y 22 (28.9%) fueron venezolanos. Se conoció que de acuerdo con la educación básica en nuestro país 45 (59.2%) completaron la secundaria y 31 (40.8%) estaban en grado superior o técnico. Respecto al tipo de seguro que portaban, se obtuvo que 58 (76.3%) contaban con SIS. La media del tramo que va del domicilio al CERITS fue de 6,54 km con DS ( $\pm 4,2$ ). Se analizó la presencia de Agente de Soporte, encontrando que 47 (61.8%) contaban con ello.

Respecto a las características clínicas se supo que 50 (65.7%) iniciaron el tratamiento antirretrovírico en el CERITS durante el año de estudio en ellos coincide también con la primera consulta para el primer Tamizaje de prueba rápida para VIH. En cuanto al número de veces en que el paciente recogió sus medicamentos, se obtuvo una media de 5 visitas DS ( $\pm 1.47$ ).

El recuento de CD4 solo se pudo obtener de 28 (36.8%) de los PVVS quienes solo 12 (15.8%) personas tenían valores  $\geq 500$ . En cuanto a la carga viral, se recopiló información de 50 (53.9%) PVVS siendo solo 44 (57.9%) denominados como “no detectable” llegando a la supresión viral.

Se conoció que a 74 (97.4%) PVVS se le distribuyó el primer esquema o la Dosis Fija Combinada (DFC) que incluye TDF+3TC+DTG.

Se supo que de los pacientes retenidos que inician el tratamiento antirretrovírico, 63 (82.9%) fueron del centro de estudio, 6 lo realizaron en otros centros y Hospitales del MINSA, 4 fueron de Hospitales de ESSALUD, 2 de una ONG y 1 fuera del país (Venezuela).

Se conoció que 2 (1.7%) pacientes reportaron RAM y se le cambió el esquema de tratamiento antirretrovírico. Se supo que 43 (56.5%) presentaron RPR/VRDL positivos; 3 (3.9%) cursaron con anemia; 2 (2.6%) cursaron con VPH positivo; 2 (2.6%) con Diabetes; 1 (1.3%) cursó con depresión; 1(1.3%) con cervicitis; 1(1.3%) con candidiasis orofaríngea; 1(1.3%) con ITU; y 1(1.3%) con dislipidemia. (Tabla N°04)



TABLA 3

*Análisis descriptivo del total de pacientes que viven con VIH en el CERITS “Caja de Agua” entre 1 de abril 2022 – 1 de abril 2023*

Variable	Características	N = 115	%
Sexo	Masculino	105	(91.3%)
	Femenino	10	(8.7%)
Nacionalidad	Peruano	79	(68.7%)
	Venezolano	36	(31.3%)
Edad	Media (DS)	31,11 ( $\pm$ 9)	
	Mín - máx.	18 - 59	
Tipo de seguro	SIS	89	(77.4%)
	Otro seguro	26	(22.6%)
Grado de instrucción	Nivel Básico	72	(62.6%)
	Nivel superior	43	(37.4%)
Estado civil	Otros	25	(21.7%)
	Soltero	90	(78.3%)
Grupo poblacional	población general	15	(13%)
	Trabajador sexual	7	(6.1%)
	Transexual	8	(7%)
	Homosexual	85	(73.9%)
Distancia de casa al Centro de salud	Media (DS)	6,67 ( $\pm$ 4,3)	
	Mín - máx.	1 - 17	
Nº de veces de recojo del TAR	Media (DS)	4 ( $\pm$ 2)	
	Mín - máx.	1 - 8	
Tamizaje	Otro año al TAR	30	(26.1%)
	Mismo año de inicio de TAR	85	(73.9%)
Inicio de TAR	$\geq$ 1 abril 2022	82	(71.3%)
	<1 abril 2022	33	(28.7%)
Prueba confirmatoria	No	82	(71.3%)
	Sí	33	(28,7%)
Centro de salud de origen	Caja de Agua	95	(82.6%)
	otros	20	(17.4%)
Recuento de CD4	$\geq$ 500	13	(11.3%)
	< 500	17	(14.8%)
Carga viral	No info	85	(73.9%)
	indetectable	53	(46.1%)
	detectable	9	(7.8%)
Lugar de inicio TAR	No info	53	(46.1%)
	Otros	12	(10.4%)
Esquema TAR	Caja de agua	103	(89.6%)
	Esquema 1	113	(98.3%)
Agente de soporte	Otro esquema	2	(1.7%)
	Sí	70	(60.9%)
Comorbilidades	No	45	(39.1%)
	Sí	68	(59.2%)
	No	47	(40.8%)

TABLA 4

*Análisis descriptivo del Acontecimiento de interés: Retención en el cuidado en pacientes que viven con VIH en el CERITS “Caja de Agua” entre 1 de abril 2022 – 1 de abril 2023*

Variable		Retenido N = 76	No retenido N= 39
Sexo	Masculino	71 (93.4%)	34 (87.2%)
	Femenino	5 (6.6%)	5 (12.8%)
Nacionalidad	Peruano	44 (71.1%)	25 (64%)
	Venezolano	22 (28.9%)	14 (36%)
Edad	Media (DS)	31,83 (±9,3)	29,72 (±8.2)
	Min - máx.	18 - 59	18 - 48
Tipo de seguro	SIS	58 (76,3%)	31 (79.4%)
	Otro seguro	18 (23,7%)	8 (20.5%)
Grado de instrucción	Nivel Básico	45 (59,2%)	27 (69.2%)
	Nivel superior	31 (40,8%)	12 (30,7%)
Estado civil	Otros	17 (22.3%)	8 (20.5%)
	Soltero	59 (77,7%)	31 (79,4%)
Grupo poblacional	población general	9 (11.8%)	6 (15.3%)
	Trabajador sexual	4 (5.2%)	3 (7.69%)
	Transexual	5 (6.5%)	3 (7.69%)
	Homosexual	58 (76.3%)	27 (69.2%)
Distancia de casa al Centro de salud	Media (DS)	6,54 (±4,2)	6,92 (±4.4)
	Min - máx.	1 - 17	1 - 17
Nº de veces de recojo del TAR	Media (DS)	5,07 (±1,47)	1,90 (±0,9)
	Min - máx.	3 - 8	1 - 7
Tamizaje	Otro año al TAR	18 (23.6%)	12 (30.7%)
	Mismo año de inicio de TAR	58 (76,3%)	27 (69.2%)
Inicio de TAR	≥ 1 abril 2022	50 (65.7%)	32 (82%)
	<1 abril 2022	26 (34.3%)	7 (18%)
Prueba confirmatoria	No	54 (71%)	28 (71.8%)
	Sí	21 (29%)	11 (28.2%)
Centro de salud de origen	Caja de Agua	63 (82.9%)	32 (82%)
	otros	13 (17.1%)	7 (18%)
Recuento de CD4	≥ 500	12 (15.8%)	1 (2.6%)
	< 500	16 (21%)	1 (2.6%)
	No info	48 (63.1%)	37 (94.8%)
	indetectable	44 (57.9%)	7 (18%)
Carga viral	detectable	6(7.9%)	5 (12.8%)
	No info	26 (34.2%)	27 (69.2%)
	Otros	8 (10.6%)	4 (10,3%)
Lugar de inicio TAR	Caja de agua	68 (89.4%)	35 (89.7%)
	Otro esquema	2 (2.6%)	0 (0%)
Esquema TAR	Esquema 1	74 (97.4%)	39 (100%)
	Otro esquema	2 (2.6%)	0 (0%)
Agente de soporte	Sí	47 (61.8%)	23 (59%)
	No	29 (38.2%)	16 (41%)
Comorbilidades	Sí	43 (56.5%)	25 (64.1%)
	No	33 (43.5%)	14 (35.9%)

**TABLA 5**

*Supresión de carga viral notificada del total de pacientes que viven con VIH en el CERITS “CAJA de AGUA” entre abril 2022 – abril 2023.*

		<b>Carga Viral</b>	
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	indetectable	53	46,1
	detectable	9	7,82
	no info	53	46,1
	Total	115	100,0

Carga viral indetectable = <50copias/ml. Según la Norma técnica de salud de atención integral del adulto con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

## V. DISCUSIÓN

La presente investigación halló un porcentaje de pacientes que viven con VIH que presenten retención en el cuidado en valores inferiores a lo recomendado por la OMS y la ONUSIDA quienes planteaban como meta para el 2030 un valor de 95% de pacientes retenidos, con un valor de 95% de supresión de carga viral; si bien es cierto, estamos en el camino hacia esa meta, los valores presentados en este estudio quedan aún por debajo del 90% estimado para el 2022. En cuanto a la evaluación de la supresión de carga viral presentó obstáculos llegando a ser cerca del 58%.

La retención en el cuidado, pieza fundamental de esta investigación, por que evalúa el monitoreo de esta población clave en cuanto a la atención, al diagnóstico y la terapéutica oportuna además de contar con un control adecuado de la respuesta a este tratamiento y en consecuencia llegar a la supresión viral.

Según el Instituto Nacional de Salud de EE. UU (2023) la supresión virológica previene la morbimortalidad de los pacientes serológicos y desacelera la transmisión de la enfermedad mientras el inicio del TARGA sea en el menor tiempo posible luego del diagnóstico. Es necesario tener en cuenta la asociación que hay entre la retención en el cuidado y la supresión virológica como lo detalla Baligh et al. (2014) quien menciona que esta relación es equivalente y está presente en pacientes con CD4 más bajos.

Las investigaciones hechas en Perú han mostrado una retención menor a lo recomendado por la ONUSIDA como lo muestra Parra y Quispe (2018) en donde la incidencia fue de 52,6%. Paredes et al. (2021) en su investigación llevada a cabo en el tiempo de convivencia con la pandemia de COVID 19, logró reportar un valor de 55% de pacientes retenidos para el 2014 y para el 2018, Cáceres (2019), cuyo estudio de monitoreo en personas que viven con el VIH, reportó un 76% de incidencia de retención en el cuidado y un 65% respecto a la supresión virológica. Cabe resaltar que las mencionadas investigaciones se

llevaron a cabo en hospitales de III o IV nivel de atención lo que haría una diferencia con el presente estudio. A propósito de esta diferencia, existe un precedente, un estudio homólogo realizado en un centro I de nivel de atención, Castro (2023) nos muestra un valor de 96% de PVVS retenidos; de los cuales, la mayoría fueron varones (72.7%); el 58.8% fueron HSH; el 13.3% tenían nacionalidad venezolana, cerca del 25% presentaban como comorbilidad a la sífilis y la supresión viral fue de 83% pero esta última no cuantificada en todos los pacientes. La presente investigación muestra valores distintos en comparación con la última investigación mencionada, pero si presenta similitud en el lugar donde se realizaron ambas investigaciones (CERITS); por otro lado, presenta también concordancia en los resultados respecto al número mayoritario de pacientes retenidos siendo varones en un 93.4%, un 76.3% fueron HSH; un 28.9% fueron venezolanos, el 56.5 % cursó con sífilis y casi un 58% de supresión de carga vírica. Parra y Quispe (2018) nos mostraron en su investigación que su población en su mayoría fueron varones, solteros, pertenecientes a la población clave (HSH) y dentro de la mediana edad. Si bien es cierto no está presente una variable a estudiar el ser extranjero, me pareció importante mencionarlo porque la incidencia de estos pacientes fue aumentando y poniéndolo en contexto en cuanto a la población clave, extranjera y de sexo masculino según la Organización Internacional para las Migraciones (OIM,2023) ejecutó un cuestionario a los pacientes venezolanos en donde mostraron que el mantener relaciones sexuales sin utilizar preservativo, la presencia de crisis de ansiedad y de depresión, además de abuso de sustancias serían factores de riesgo para los datos revelados en las últimas investigaciones. Este hecho sería un posible tema para ampliar; incluso, la literatura última señala que el efecto migratorio es posible que sea motivado por una búsqueda de mejores tratamientos de salud sobre todo para esta población vulnerable.

En Latinoamérica las investigaciones realizadas con el propósito de evaluar la retención en el cuidado tienen similitudes con las realizadas en nuestro país como, por ejemplo, Aguilar

(2022) de Paraguay quien en su investigación con un enfoque de describir la situación de su país para el 2030, nos mostró un valor de 43% de PVVS retenidos y una investigación en Brasil de Ferreira Da Silva (2021) nos mostró un valor de 71% de PVVS retenidos, denotando la semejanza con los niveles bajos recomendados por la OMS y la ONUSIDA para el año 2020 donde la retención en el cuidado debería de llegar a un 90%.

Es importante mencionar que este último estudio fue elaborado bajo el mismo concepto de nivel de atención, en nuestro caso, el CERITS de estudio tiene un modelo descentralizado, dirigido por un equipo multidisciplinario tal y como se muestra en el Plan Estratégico Multisectorial 2015-2019 para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual ITS y el VIH en donde el propósito fue propiciar que los PVVS y la población vulnerable puedan acceder al primer nivel de atención, que comprendían medidas preventivas y promoción de la salud, la terapéutica adecuada además de una total tolerancia sin discriminación ya sea de origen, idioma, orientación sexual, sexo, raza, nivel de salud o algún otro motivo. Por lo detallado fue propicio desarrollar la segunda investigación enfocada en este centro de salud de atención primaria que si bien es cierto hay una diferencia considerablemente en cuanto al acontecimiento de interés en común, pues también hay similitudes como la que menciona respecto a la distancia en km que toma el paciente retenido para acudir al CERITS. En los principales hallazgos de esta investigación se tuvo un cálculo de la media del tramo domicilio – CERITS de 6,54 km DS ( $\pm 4,2$ ) concordando con Castro (2023) quien nos mostró en su investigación un valor de 10 km DS ( $\pm 2$ ) que asociaba que la distancia domicilio – CERITS menor o igual a 10 km demostraba tener pacientes retenidos similar a lo que menciona Parra y Quispe (2018) quienes demostraron en su estudio que la distancia  $< 5$  km se asociaba con un mayor porcentaje de pacientes retenidos, esto es compartido con Plazy et al. (2015) que demostró que en Kenia los PVVS que vivían  $< 5$  km de su centro de atención presentaban mayores probabilidades de retención. Se encontró una diferencia respecto a esta investigación

con una investigación realizada en Argentina donde Blugerman (2018) nos demostró que no existía relación entre la duración del recorrido y el tramo casa -centro de salud en el año de estudio en la población vulnerable estudiada con la retención en el cuidado.

La presencia de agente de soporte se demostró en este estudio pues alrededor de un 62% de los pacientes retenidos contaron con ello, en orden de cantidad fueron elegidos primero un miembro de la familia parental; en segundo lugar, la pareja y en último lugar, un amigo a quienes les compartían la información sobre su diagnóstico como primera acción al ingreso del TAR. Prochazka (2017) nos mostró en su investigación que (89.5%) tenían presencia de agentes de soporte, la negativa de compartir su diagnóstico con sus familiares presentó un nexo con no tenerlos y la presencia de un agente de soporte no estuvo asociado con la supresión de carga vírica, pero si con la presencia de retención en el cuidado. Castro (2023) nos mostró que cerca del 75% de los pacientes retenidos contaron con un agente de soporte. Bomfim et al. (2022) de Brasil en su investigación nos mostró también esta relación de la presencia de agente de soporte en el paciente retenido y la razón principal de no compartir su diagnóstico a su entorno.

Esta investigación y el acontecimiento de interés permitió conocer las comorbilidades que presentaron los pacientes que viven con VIH, entre ellas, la que tuvo mayor incidencia fue la sífilis mostrando un 56.5% RPR/VRDL positivos. Esta infección de transmisión sexual de carácter mundial se desarrolla en su mayoría en varones, en población clave (HSH) según la OMS (2019). Vélez y Tobar (2020) determinó que los pacientes infectados con sífilis tienen de tres a cinco veces más opción de contagiarse de VIH por medio del contagio sexual y que probablemente sea un factor de riesgo para frenar el control de la propagación del VIH. Saavedra y Brunner (2022) en una investigación realizada en Perú mostraron que en la mayoría de los pacientes infectados con sífilis (85,23%) coexistía el VIH, sobre todo en población clave (HSH) hallando una posible razón al comportamiento sexual de riesgo como el reducido uso

de preservativos y un aumento en la profilaxis prediagnóstico de VIH. Otra investigación realizada en Perú realizada por Castro (2020) en donde se deseaba reconocer los factores de riesgo para la coexistencia del VIH y la sífilis, se determinó que la población mayoritaria era homosexual (50.8%), un 42.2 % eran promiscuos teniendo cerca de 4 a 6 parejas sexuales y coincidían con la disminución de la utilización del preservativo como medida preventiva. En otro estudio realizado en nuestro país, García et al. (2022) nos mostró que estos pacientes coinfectados con sífilis y VIH se ha podido observar que poseen un número mayor a 5 parejas sexuales, que ciertamente disminuyeron el uso del preservativo y que la mayoría de ellos eran de la población clave (HSH).

La presente investigación por ser de carácter similar en cuanto al escenario de estudio (CERITS) concuerda con la investigadora Castro (2023) en la coexistencia de sífilis y VIH mostrando un valor de 44% de pacientes infectados muy parecido en número y en características, en función de la población en estudio, a la presente investigación.

Dentro de los hallazgos de esta investigación también se encontraron pacientes que cursaron anemia (3.9%). Para Castro (2020) cuya investigación fue realizada en los EE. UU., existe un nexo entre anemia severa y PVVS de un hospital de dicho país. En este estudio además se presenta la probable causalidad atribuyéndola a los antirretrovirales inhibidores de proteasa y la zidovudina. En nuestro país según la Norma Técnica de salud de atención integral del adulto con infección por el VIH (2020) dentro de los medicamentos entregados como parte del tratamiento antirretroviral se indica la Dosis Fija Combinada (DFC) siendo parte de ella el Tenofovir, Lamivudina y Dolutegravir, aunque en ocasiones de reacción a este último se puede proporcionar el Efavirenz. Comprendido ello, Camacho (2023) en su investigación en donde buscaba la relación del TAR con la anemia, nos mostró que el 17% de su población presentó anemia asociada a la reacción por los medicamentos Tenofovir y Dolutegravir apoyando a la explicación de la causalidad de esta enfermedad en los pacientes que viven con VIH. Si bien



es cierto nuestra población fue mucho menor a la planteada en este último estudio, pero resulta importante la mención para ponerlo como tema en futuras investigaciones.

Respecto a los hallazgos en la presente investigación sobre el recuento de CD4, se presentó una limitación al no contar con la información en la Tarjeta de Administración de TAR y terapia preventiva en pacientes con VIH. Pese a ello y con la información reunida tuvimos un total de 12 (15.8%) de los pacientes retenidos tenían un recuento  $\geq 500\text{cel/mm}^3$  y que según la Norma Técnica de salud de atención integral del adulto con infección por el VIH (2020) en la clasificación de fases de la infección y el recuento de CD4 el tener mayor cantidad de CD4 denota la menor probabilidad de que el paciente pueda cursar con infecciones oportunistas y en consecuencia mantenerse asintomático, saludable y que ello conlleve a manifestarse en el aumento de la retención en el cuidado. Para Chepkondol et al. (2022) en su investigación en Kenya nos muestra que las personas con VIH que cuentan con  $\text{CD4} < 200\text{cel/mm}^3$  tienen mayor probabilidad de desarrollar enfermedades oportunistas. Se reconoció la relación de que a menor número de CD4, más frecuente serán las infecciones. Dicho esto, Baligh et al. (2014) quien menciona que la retención en el cuidado está fuertemente ligado a la supresión de carga vírica, pero dichos pacientes cuentan con un conteo de CD4 más bajos, poniendo una oposición a la idea mencionada anteriormente.

En cuanto a los hallazgos de este estudio respecto a la carga viral, se presentaron limitaciones como el de no observar la información en la Tarjeta de Administración de TAR y terapia preventiva en pacientes con VIH. De la información reunida se pudo evidenciar que cerca del 58% de pacientes retenidos llegaban a la supresión virológica o se interpretaba como “no detectable”. Para la ONUSIDA y la OMS se requiere llegar al 95% de pacientes retenidos, con un valor de 95% de supresión de carga viral y claramente no coincidimos con esos valores. Para Castro (2023) quien presentó una incidencia de 83% de supresión viral en su reciente investigación y una retención del 96% denotando así la relación casi equivalente de la retención

en el cuidado con la supresión virológica que la literatura señala; sin embargo, también tuvo sesgos por las limitaciones que se presentaron en dicha investigación para verificar la supresión viral de los pacientes retenidos.

Esta investigación tuvo limitaciones sobre todo en las últimas dos variables descritas y de las cuales no se tuvo más información, es preciso agregar que el factor puede haber sido humano; es decir, de manera personal pude evidenciar que las fichas de filiación al ingreso al TAR, las hojas de evaluación psicológica y en algunos casos las notas de enfermería no estaban completamente llenadas. Por lo descrito puede tener relación también dentro de toda esta investigación el actuar del personal de salud para con los pacientes tal y como lo describe Arístegui et al. (2014) en su estudio donde nos muestra que la relación médica – paciente, el estigma que padecen los PVVS, el “trato” y la comunicación son aspectos esenciales para la retención en el cuidado. En Lima, Inga y López (2017) en su investigación realizada en un CERITS nos mostraron los factores percibidos que limitaban el acceso de los PVVS a este centro, dentro de los cuales estaba el estigma, el no contar con una buena infraestructura, las pocas capacitaciones del personal de salud y la labor del promotor de salud quien era pieza fundamental para la conexión entre el personal médico y el paciente.

La presente investigación suma una fortaleza en presentar un estudio novedoso, por haber elegido el escenario de estudio un centro de primer nivel multidisciplinario poco conocido incluso en nuestro medio médico y del que podemos aprender, investigar, pero sobre todo apoyar para la mejoría conjunta.

## VI. CONCLUSIONES

La presente investigación tuvo un escenario de estudio al Centro de Referencia de Infecciones de Transmisión Sexual “Caja de Agua” y que en el tiempo transcurrido de un año presentó una retención en el cuidado de 66%. Este valor está por debajo de lo estimado por la ONUSIDA y la OMS para el 2030, un 95% pero aún por debajo de lo estipulado hasta el año pasado que fue del 90%.

En cuanto a la medición de frecuencia de supresión de carga vírica no pudo ser significativa por la limitada reunión de información que se tuvo.

En el monitoreo de los PVVS se pudo hallar la coinfección de VIH y sífilis además de anemia.

Se pudo describir la presencia de agente de soporte, la distancia domicilio - CERITS <10km y el inicio temprano al tratamiento antirretrovírico como factores vinculados a la retención en el cuidado.

La información descrita en esta investigación sugiere enfocar los futuros estudios en los CERITS, para identificar los factores específicos y corroborar la responsabilidad humana del personal de salud en los hallazgos reportados.

## **VII. RECOMENDACIONES**

- Fomentar la investigación sobre retención en el cuidado en pacientes que viven con VIH, término poco conocido pero valioso para entender y apoyar a esta población vulnerable.
- Corroborar los agentes específicos que influyen en la medición de carga viral y CD4 y su correcta transcripción en la Tarjeta de TAR del paciente.
- Fomentar el adecuado llenado de las fichas de información para la atención de los pacientes, capacitando al personal de salud.
- Corroborar los obstáculos que puedan tener los CERITS en la responsabilidad sobre el bienestar del paciente que vive con VIH.

## VIII. REFERENCIAS

- Abebe Moges, N., Olubukola, A., Micheal, O., & Berhane, Y. (2020). HIV patients retention and attrition in care and their determinants in Ethiopia: a systematic review and meta-analysis. *BMC infectious diseases*, 20(1), 439. <https://doi.org/10.1186/s12879-020-05168-3>
- Aguilar, Gloria. (2022). ¿Poner fin a la Epidemia del Sida en el Paraguay para el 2030 - Quo vadis? *Anales de la Facultad de Ciencias Médicas (Asunción)*, 55 (2), 13-17. Epub 00 de agosto de 2022. <https://doi.org/10.18004/anales/2022.055.02.13>
- Anderson, A. N., Haardörfer, R., McDonnell Holstad, M., Nguyen, M. L. T., & Waldrop-Valverde, D. (2021). Predictors of disparities in retention in care among African Americans living with HIV. *AIDS care*, 33(1), 54–62. <https://doi.org/10.1080/09540121.2020.1717423>
- Arístegui, I., Dorigo, A., Bofill, L., Bordatto, A., Lucas, M., Cabanillas, G. F., Sued, O., Cahn, P., Cassetti, I., Weiss, S., & Jones, D. (2014). Obstáculos a la adherencia y retención en los sistemas de salud público y privado según pacientes y personal de salud [Barriers to adherence and retention in public and private healthcare according to patients and health workers]. *Actualizaciones en SIDA e infectología*, 22(86), 71–80.
- Baligh, Yehia, French, R., Fleishman, B., Metlay, J. A, Berry, J.P, Korthuis, S.A, Agwu, P.T., Gebo, A. L., K. A., & HIV Research Network (2014). Retention in care is more strongly associated with viral suppression in HIV-infected patients with lower versus higher CD4 counts. *Journal of acquired immune deficiency syndromes* (1999), 65(3), 333–339. <https://doi.org/10.1097/QAI.0000000000000023>
- Blugerman, G. A., Valiente, J. A., Cesar, C., Yamamoto, C., Sued, O., & Cahn, P. (2018). Retención en cuidado y distancia entre hospital y domicilio de pacientes HIV adultos de la Ciudad de Buenos Aires [Retention in care and distance between home and hospital in HIV patients of Buenos Aires City]. *Actualizaciones en SIDA e infectología*, 26(98), 54–60. <https://doi.org/10.52226/revista.v26i98.21>

- Bomfim, I. G. O., Santos, S. S., & Napoleão, A. A. (2022). Adherence to Antiretroviral Therapy in People Living with HIV/AIDS: A Cross-Sectional Study. *AIDS patient care and STDs*, 36(7), 278–284. <https://doi.org/10.1089/apc.2022.0056>
- Cáceres, C. (2019). *Estudio sobre el Continuo de Atención de las Personas con VIH*. Lima: Centro de Investigación Interdisciplinaria en sexualidad, SIDA y Sociedad.
- Camacho, Y. (2023). *Relación entre tratamiento TARGA y anemia en pacientes con VIH y Sida, atendidos en un hospital de Piura. 2022* [Universidad César Vallejo]. <https://hdl.handle.net/20.500.12692/111195>
- Castro Danós, José, Scerpella, Ernesto, & Espinoza, Luis. (2007). Anemia severa en pacientes adultos hospitalizados VIH seropositivos en el Jackson Memorial Hospital de la ciudad de Miami. *Acta Médica Peruana*, 24(1), 15-17. Recuperado en 25 de julio de 2023, de [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1728-59172007000100004&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172007000100004&lng=es&tlng=es).
- Castro, Ingrid. (2023). *Retención en el cuidado en personas que viven con VIH atendidas en un centro de Lima Norte bajo un modelo de atención descentralizada*. [Tesis de pregrado, Universidad Peruana Cayetano Heredia]. Repositorio Institucional UPCH. <https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/13425>
- Castro, K. (2020). *Asociación entre características de comportamiento de riesgo y confección VIH-sífilis en un hospital público de Piura, 2015-2017* [Tesis Universidad Privada Antenor Orrego - UPAO]. <https://hdl.handle.net/20.500.12759/6068>
- Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. (2022). *Situación epidemiológica del VIH - Sida en el Perú* “Boletín VIH”. [https://www.dge.gob.pe/epipublic/uploads/vih-sida/vih-sida\\_202211\\_12\\_111735.pdf](https://www.dge.gob.pe/epipublic/uploads/vih-sida/vih-sida_202211_12_111735.pdf)

- Chepkondol, G. K., Jolly, P. E., Yatich, N., Mbowe, O., & Jaoko, W. G. (2020). Types and prevalence of HIV-related opportunistic infections/conditions among HIV-positive patients attending Kenyatta National Hospital in Nairobi, Kenya. *African health sciences*, 20(2), 615–624. <https://doi.org/10.4314/ahs.v20i2.9>
- Currículo Nacional del VIH. Core concepts - retention in HIV care - basic HIV primary care - national HIV curriculum. (20 de junio de 2023). <https://www.hiv.uw.edu/go/basic-primary-care/retention-care/coreconcept/all>.
- Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES). (2022). Informe General. <https://proyectos.inei.gob.pe/endes/>
- Ferreira da Silva Pinto, Lauro et al. Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: infecção pelo HIV em adolescentes e adultos. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* [online]. v. 30, n. spe1 [Acessado 24 Julho 2023], e2020588. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1679-4974202100013.esp1>>. ISSN 2237-9622. <https://doi.org/10.1590/S1679-4974202100013.esp1>.
- Fondo Mundial de lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, por encargo de la Coordinadora Nacional Multisectorial de Salud (CONAMUSA). (2018). Plan Estratégico Multisectorial (PEM) de la respuesta nacional a la infección por el VIH/SIDA 2015-2019 y su actualización para el periodo 2018-2022. [http://www.iessdeh.org/usuario/pem/Propuesta\\_de\\_PEM\\_VIH\\_2018-2022\\_para\\_consulta\\_a\\_CONAMUSA-16-19-18.pdf](http://www.iessdeh.org/usuario/pem/Propuesta_de_PEM_VIH_2018-2022_para_consulta_a_CONAMUSA-16-19-18.pdf)
- García, M. H., Pereira-Victorio, C. J., Garrido, D. V., & Valladares-Garrido, M. J. (2022). Factores asociados a la coinfección VIH-sífilis. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 51(3), [e02201971].
- Inga, D & López, P. (2017). El caso del Centro de Referencia de Infecciones de Transmisión Sexual (CERITS) en la Red de Salud Barranco Chorrillos Surco 2017. [Tesis de postgrado,

Pontificia Universidad Católica del Perú]. Repositorio Institucional PUCP.  
<https://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/20.500.12404/16950>

Instituto Nacional de Salud de EE. UU. Inicio de Terapia Antirretroviral NIH 2019. (21 de junio de 2023). <https://clinicalinfo.hiv.gov/en/guidelines/adult-and-adolescent-arv/initiation-antiretroviral-therapy>

López, Julia D., Qiao Qisha, Presti Rachel M., Hammer Rachel A. & Foraker, Randi E. (2022) El impacto del estatus socioeconómico del vecindario en la retención en la atención y la supresión viral entre las personas que viven con el VIH, *AIDS Care*, 34:11, 1383-1389. DOI: 10.1080/09540121.2022.2040724

Meyer, D., Slone, SE, Ogungbe, O. (2023). Impacto de la pandemia de COVID-19 en la participación de los servicios de atención médica del VIH, la adherencia al tratamiento y la supresión viral en los Estados Unidos: una revisión sistemática de la literatura. *AIDS Behav* 27, 344–357. <https://doi.org/10.1007/s10461-022-03771-w>

Ministerio de Salud, M. (2020). Norma técnica de salud de atención integral del adulto con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). *Ministerio de Salud (MINSA)*. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/1422592-1024-2020-minsa>

Oficina de Política de Enfermedades Infecciosas y VIH / SIDA (Office of Infectious Diseases and HIV/AIDS Policy, OIAP). (21 de junio de 2023). Visión general de la infección por el VIH. <https://hivinfo.nih.gov/es/understanding-hiv/fact-sheets/vih-y-el-sida-conceptos-basicos>

Organización Internacional para las Migraciones. (24 de julio 2023). Estudio de OIM Perú revela situación de las personas migrantes que viven con VIH en el país. <https://peru.iom.int/es/news/estudio-de-oim-peru-revela-situacion-de-las-personas-migrantes-que-viven-con-vih-en-el-pais>



- Organización Mundial de la Salud. (21 de junio de 2023). VIH/SIDA.OMS.<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>
- Organización Panamericana de la Salud. (21 de junio de 2023). “Definición de la OMS de caso de infección por el VIH a efectos de vigilancia y revisión de la estadificación clínica y de la clasificación inmunológica de la enfermedad relacionada con el VIH en adultos y niños”. Washington, D.C.2009.  
[https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/DEFINICION\\_ESTADIFICACION2.pdf](https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/DEFINICION_ESTADIFICACION2.pdf)
- Organización Panamericana de la Salud. (21 de junio de 2023). VIH/SIDA. OPS.  
<https://www.paho.org/es/temas/vihsida>
- Paredes, Jose L., Navarro, Rafaella, Cabrera, Diego M., Diaz, Monica M., Mejia, Fernando, & Caceres, Carlos F. (2021). Los desafíos en la continuidad de atención de personas viviendo con VIH en el Perú durante la pandemia de la COVID-19. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 38(1), 166-170. Epub 01 de febrero de 2021.<https://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2021.381.6471>
- Parra Baltazar IM & Quispe Iporra SGE. (2018). Factores asociados a retención en el cuidado de personas viviendo con VIH/SIDA en el programa de un hospital de Lima, Perú. [Tesis de pregrado, Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas]. Repositorio Institucional UPC.  
<http://hdl.handle.net/10757/622891>
- Plazy, M., Orne-Gliemann, J., Dabis, F., & Dray-Spira, R. (2015). Retention in care prior to antiretroviral treatment eligibility in sub-Saharan Africa: a systematic review of the literature. *BMJ open*, 5(6), e006927. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-006927>
- Prochazka Núñez M. (2017). Agentes de soporte personal y retención en el cuidado en pacientes con infección por VIH en un hospital público de referencia en Perú. [Tesis de pregrado, Universidad Peruana Cayetano Heredia]. Repositorio Institucional UPCH.  
<https://hdl.handle.net/20.500.12866/843>

- Saavedra, M., Brunner, S. (2020). Evaluación clínica-epidemiológica de la infección por sífilis en pacientes adultos de un hospital nacional III-1 y exploración de factores asociados al nivel de titulación de una prueba no treponémica en Lima, Perú 2015 – 2019 [Universidad Peruana Cayetano Heredia]. <https://hdl.handle.net/20.500.12866/8448>
- Sabin, C. A., Howarth, A., Jose, S., Hill, T., Apea, V., Morris, S., Burns, F., & UK CHIC Study Group and the REACH Study Group (2017). Association between engagement in-care and mortality in HIV-positive persons. *AIDS* (London, England), 31(5), 653–660. <https://doi.org/10.1097/QAD.0000000000001373>
- Szadkowski Leah, Walmsley Sharon, Burchell Ann N., Collins Evan, Rourke Sean B., Raboud Janet & the OHTN Cohort Study Team. (2018). Alta retención en la atención del VIH en un centro de atención terciaria en Toronto, Canadá, *AIDS Care*, 30: 2, 246-254, DOI: 10.1080/09540121.2017.1349278
- Vélez, F., & Tobar, R. (2020). Estrategia Nacional de VIH/sida-ITS. Ministerio de salud pública del Ecuador, 1(1). Obtenido de <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2021/06/Boletin-anual-VIH-Ecuador-2020.pdf>

## IX. ANEXOS

## ANEXO A

## Figura 4

*Ficha de recolección de datos validada en investigación realizada en CERITS de Lima Norte. (Castro, 2023)*

Fecha de llenado:	Código:	N° HC:										
I												
Fecha de nacimiento: / /	Dirección actual:	Distancia domicilio-CERITSS (Km):										
Tipo de seguro: SIS <input type="checkbox"/> otros <input type="checkbox"/> No seguro <input type="checkbox"/>	Grado de instrucción:	Estado civil:										
Grupo poblacional: HSH <input type="checkbox"/> TRANS <input type="checkbox"/> TS <input type="checkbox"/>	PPL <input type="checkbox"/> PG <input type="checkbox"/>	Agente de soporte: SÍ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>										
II												
Fecha tamizaje: / /	Fecha de dx. Confirmatorio: / /	Fecha de inicio TARV: / /										
Referido: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Centro de Origen:	Lugar de inicio TARV:										
III: Datos de Atención Médica												
	Diagnóstico	Esquema TARV	Referido: SÍ/NO									
Fecha 1:												
Fecha 2:												
Fecha 3:												
Fecha 4:												
Fecha 5:												
Fecha 6:												
Fecha 7:												
Fecha 8:												
Fecha 9:												
Fecha 10:												
Fecha 11:												
Fechas 12:												
IV: Registro de recojo de TARV y valores laboratoriales (F: fecha) (V: valor)												
	Fecha 1	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4	Fecha 5	Fecha 6	Fecha 7	Fecha 8	Fecha 9	Fecha 10	Fecha 11	Fecha 12
Recojo de TARV												
CD4	F:	F:	F:	F:	F:	F:	F:	F:	F:	F:	F:	F:
	V:	V:	V:	V:	V:	V:	V:	V:	V:	V:	V:	V:
CV	F:	F:	F:	F:	F:	F:	F:	F:	F:	F:	F:	F:
	V:	V:	V:	V:	V:	V:	V:	V:	V:	V:	V:	V:

Tomado de “Retención en el cuidado en personas que viven con VIH atendidas en un centro de Lima Norte bajo un modelo de atención descentralizada”. (Castro, 2023).

## ANEXO B

MATRIZ DE CONSISTENCIA

Problemas	Objetivos	Hipótesis	VARIABLES	Metodología
<b>Problema General</b>	<b>Objetivo General</b>		<b>Variable Independiente:</b>	Tipo: Descriptivo retrospectivo Población y muestra: Entre el 1 de abril de 2022 y el 1 de abril de 2023, se incluirán los historiales médicos de los PVVS que se inscriban al CERITS y comiencen el TAR. La muestra estaría conformada por 115 pacientes que serán seleccionadas de forma aleatoria cumpliendo las normas de integración y excepción.  Enfoques y medios: Enfoque: Estudio de datos secundarios.
¿Qué porcentaje de pacientes PVVS tratados en un centro de referencia de infecciones de transmisión sexual (CERITS) de Lima Este presentan retención en el cuidado anualmente?	Valorar el porcentaje de pacientes PVVS tratados en un centro de referencia de infecciones de transmisión sexual (CERITS) de Lima Este que presentan retención en el cuidado medido en un año.	<ul style="list-style-type: none"> <li>La presencia de un agente de soporte es una característica sociodemográfica asociada a la retención en el cuidado en PVVS de un CERITS de San Juan de Lurigancho entre 1 de abril 2022 y 1 de abril 2023.</li> <li>La distancia domicilio – CERITS es una característica sociodemográfica asociada a la retención en el cuidado en PVVS de un CERITS de San Juan de Lurigancho entre 1 de abril 2022 y 1 de abril 2023.</li> <li>El inicio temprano de TAR es una característica clínica vinculada a la retención en el cuidado en PVVS de un CERITS de San Juan de Lurigancho entre 1 de abril 2022 y 1 de abril 2023.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Características sociodemográficas</li> <li>Características clínicas</li> </ul>	
	<b>Objetivos específicos</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Delinear los elementos sociodemográficos (edad, sexo, nivel educativo y distancia casa-CERITS) vinculados a la retención de cuidado de PVVS en el Centro de Referencia de Infecciones de Transmisión Sexual (CERITS) de Lima Este en el transcurso de un año.</li> <li>Describir los parámetros clínicos (conteo de CD4 y el lugar de origen) vinculados a la retención de cuidado de PVVS en un Centro de Referencia de Infecciones de Transmisión Sexual de Lima Este (CERITS) en el transcurso de un año.</li> <li>Examinar la incidencia de supresión viral de las PVVS en el CERITS (Centro de Referencia de Infecciones de Transmisión Sexual de Lima Este) en el transcurso de un año.</li> </ul>	

				<p>Medio: formulario de reunión de datos</p> <p>Procedimientos y evaluación de información:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Estadística descriptiva</li><li>• Estadística inferencial.</li></ul>
--	--	--	--	--