



UNAP



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**

TESIS

**MORTALIDAD Y ATENCIÓN INTEGRAL DE PACIENTES VIVIENDO CON
VIH/SIDA DURANTE LA PANDEMIA DE COVID-19 EN UN HOSPITAL
PÚBLICO DE LORETO 2018-2021**

**PARA OPTAR POR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
MÉDICO CIRUJANO**

**PRESENTADO POR:
GERSON RAFAEL LAZARTE RENGIFO**

**ASESORA:
M.C. KARINE ZEVALLOS VILLEGAS, Dra. Esp.**

**IQUITOS, PERÚ
2024**



ACTA DE SUSTENTACION

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
"RAFAEL DONAYRE ROJAS"

ACTA DE SUSTENTACION DE TESIS N°004 / CGT- FMH-UNAP-2024

En la ciudad de Iquitos, distrito de Punchana, departamento de Loreto, a los **12 días del mes de abril del 2024 a horas 12:00 m**, se dio inicio a la sustentación pública de la Tesis titulado "**Mortalidad y atención integral de pacientes viviendo con VIH/SIDA durante la pandemia de COVID-19 en un hospital público de Loreto 2018-2021**", aprobado la sustentación con Resolución Decanal N°124-2024-FMH-UNAP del bachiller **Gerson Rafael Lazarte Rengifo**, para optar el título profesional de Médico Cirujano.

El jurado calificador y dictaminador designado mediante Resolución Decanal Nro.066-2023-FMH-UNAP:

- MC, César Johnny Ramal Asayag, Dr. Presidente
- MC, Wilfredo Martín Casapia Morales, Mg.SP. Miembro
- MC, Hugo Miguel Rodríguez Ferrucci, Mg.SP. Miembro
- MC, Karine Zevallos Villegas, Dra. Asesora

Luego de haber escuchado con atención y formulado las preguntas necesarias, las cuales fueron respondidas:*adecuadamente*.....

El jurado después de las deliberaciones correspondientes, llegó a las siguientes conclusiones:

La sustentación pública de la tesis ha sido.....*aprobada*..... con la calificación de*diecisiete*.....

Estando el bachiller.....*apto*..... para obtener título profesional de Médico Cirujano.

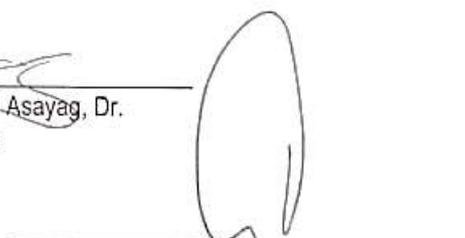
Siendo las.....*13:00*..... se dio por terminado el acto académico.



MC, César Johnny Ramal Asayag, Dr.
Presidente



MC, Wilfredo Martín Casapia Morales, Mg.SP.
Miembro



MC, Hugo Miguel Rodríguez Ferrucci, Mg.SP.
Miembro



MC, Karine Zevallos Villegas, Dra.
Asesora

Somos la Universidad Ilcencado más importante de la Amazonia del Perú, rumbo a la acreditación

Av. Colonial s/n – Punchana – Telf. :(065) 251780
Email: medicina@unaplquitos.edu.pe

IQUITOS - PERÚ



JURADOS Y ASESOR

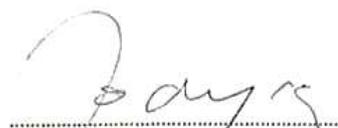
TESIS APROBADA EN SUSTENTACIÓN PÚBLICA EL DIA 12 DE ABRIL DEL 2024 EN EL SALÓN DE GRADOS Y TITULOS DE LA FACULTAD DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA AMAZONIA PERUANA.



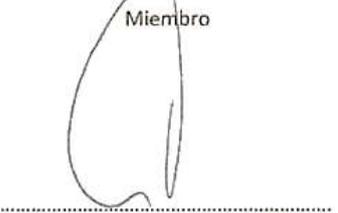
UNAP

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
"Rafael Donayre Rojas"

JURADOS:


.....
M.C. Cesar Johnny Ramal Asayag, Dr.
Presidente


.....
M.C. Wilfredo Martin Casapia Morales, Mg, SP.
Miembro


.....
M.C. Hugo Miguel Rodriguez Ferrucci, Mg. SP.
Miembro

ASESORA:


.....
M.C. Karine Zevallos Villegas, Dra.
Asesora

RESULTADO DEL INFORME DE SIMILITUD

Reporte de similitud	
NOMBRE DEL TRABAJO	AUTOR
FMH_TESIS_LAZARTE RENGIFO (2da rev).pdf	GERSON RAFAEL LAZARTE RENGIFO
RECuento de palabras	RECuento de caracteres
8608 Words	44315 Characters
RECuento de páginas	Tamaño del archivo
34 Pages	218.8KB
FECHA DE ENTREGA	FECHA DEL INFORME
May 28, 2024 11:00 AM GMT-5	May 28, 2024 11:01 AM GMT-5
● 21% de similitud general	
El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base de datos.	
<ul style="list-style-type: none">• 18% Base de datos de Internet• Base de datos de Crossref• 13% Base de datos de trabajos entregados	<ul style="list-style-type: none">• 1% Base de datos de publicaciones• Base de datos de contenido publicado de Crossref
● Excluir del Reporte de Similitud	
<ul style="list-style-type: none">• Material bibliográfico	<ul style="list-style-type: none">• Coincidencia baja (menos de 10 palabras)

A Dios, a mi madre Pilar, mi prometida Maribel y mi hija Amira, por ser mi guía y soporte durante mi formación profesional, a mi padre Rafael, por acompañarme a la distancia.

GERSON LAZARTE

AGRADECIMIENTO

Expreso mi agradecimiento a las siguientes personas:

Al M. C. Javier Vázquez Vásquez, Dr. Decano de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional de la Amazonia Peruana, por facilitar los trámites académicos y administrativos de la misma.

A los miembros del jurado, M.C. Cesar Johnny Ramal Asayag, Dr. (Presidente), M.C. Wilfredo Martin Casapia Morales, Mg, SP. (Miembro), y M.C. Hugo Miguel Rodríguez Ferrucci, MG. SP. (Miembro), por las sugerencias y aportes en la tesis.

A la M.C. Karine Zevallos Villegas, Dra. por la asesoría y apoyo durante el proceso de la elaboración de la tesis.

A mi amigo Gino Arley Pérez Mori, por ser guía y apoyo durante toda la ejecución de la tesis.

Al personal del área de Infectología y del área de Estadística e Informática del Hospital Regional de Loreto, por brindarme la facilidad con las historias clínicas y las fichas de atención para la recolección de datos.

ÍNDICE DE CONTENIDO

	Páginas
PORTADA	i
ACTA DE SUSTENTACIÓN	li
JURADO Y ASESOR	lii
RESULTADO DEL INFORME DE SIMILITUD	iv
DEDICATORIA	v
AGRADECIMIENTO	vi
ÍNDICE DE CONTENIDO	vii
ÍNDICE DE TABLAS	ix
ÍNDICE DE GRÁFICOS	x
RESUMEN	xi
ABSTRACT	xii
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO	4
1.1. Antecedentes	4
1.2. Bases teóricas	6
1.3. Definición de términos básicos	11
CAPÍTULO II: HIPÓTESIS Y VARIABLES	12
2.1. Formulación de hipótesis	12
2.2. Variables y definiciones operacionales	12
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	15
3.1. Tipo y diseño	15
3.2. Diseño muestral	16
3.3. Procedimiento de recolección de datos	17
3.4. Procesamiento y análisis de datos	19
3.5. Aspectos éticos	19

CAPÍTULO IV: RESULTADOS	20
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN	28
CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES	31
CAPÍTULO VII: RECOMENDACIONES	32
CAPÍTULO VIII: FUENTES DE INFORMACIÓN	33
ANEXOS	38
1. Matriz de consistencia	39
2. Instrumento de recolección de datos	41

ÍNDICE DE TABLAS

		Página
Tabla 1	Mortalidad por años en los pacientes viviendo con VIH/SIDA (PVVSS) en el Hospital Regional de Loreto.	20
Tabla 2	Características demográficas de la atención integral de los pacientes viviendo con VIH/SIDA reportados como fallecidos en el Hospital Regional de Loreto de Loreto durante el periodo 2018 al 2021.	22
Tabla 3	Características clínicas de la atención integral de los pacientes viviendo con VIH/SIDA reportados como fallecidos en el Hospital Regional de Loreto de Loreto durante el periodo 2018 al 2021.	23
Tabla 4	Características del tratamiento de la atención integral de los pacientes viviendo con VIH/SIDA reportados como fallecidos en el Hospital Regional de Loreto de Loreto durante el periodo 2018 al 2021.	24
Tabla 5	Mortalidad y características demográficas de la atención integral de los pacientes viviendo con VIH/SIDA reportados como fallecidos en el Hospital Regional de Loreto de Loreto durante el periodo 2018 al 2021.	25
Tabla 6	Mortalidad y características clínicas de la atención integral de los pacientes viviendo con VIH/SIDA reportados como fallecidos en el Hospital Regional de Loreto de Loreto durante el periodo 2018 al 2021.	26
Tabla 7	Mortalidad y características del tratamiento de la atención integral de los pacientes viviendo con VIH/SIDA reportados como fallecidos en el Hospital Regional de Loreto de Loreto durante el periodo 2018 al 2021.	27

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Página

Gráfico 1	Frecuencia de defunciones por años en los pacientes viviendo con VIH/SIDA (PVVSS) el Hospital Regional de Loreto de Loreto.	21
-----------	---	----

RESUMEN

Objetivo: Determinar la asociación entre la mortalidad y la atención integral de pacientes viviendo con VIH/SIDA durante la pandemia de COVID-19 en el Hospital Regional de Loreto de Loreto durante el periodo 2018 al 2021

Métodos: Estudio de tipo observacional, transversal, descriptivo, retrospectivo y de diseño correlacional. Se realizó la revisión de las historias clínicas de las personas viviendo con el Virus de Inmunodeficiencia Adquirida/SIDA (PVVS) procedentes del Hospital Regional de Loreto que fallecieron durante 2018 al 2021. El análisis se realizó a través de SPSS v26 utilizando la estadística descriptiva y la prueba exacta de Fisher con significancia $p < 0.05$.

Resultados: Se analizaron 57 datos, se encontró una mayor tasa de mortalidad de 8,7 casos por cada 1000 habitantes en el 2021. Las PVVS fallecidas en su mayoría tenían 30 a 59 años (82,5%), de sexo masculino (73,7%) y heterosexuales (68,4%), con tiempo de enfermedad < 10 años (66,7%), con diagnóstico inicial antes de pandemia (91,2%), con carga viral > 40000 copARN/mm³ (35,1%) y sin coinfección TBC (84,2%). Además, iniciaron el tratamiento antirretroviral de 0 a 4 años (86%), con abandono del tratamiento (50,9%) y esquema de tratamiento alternativo (59,6%). Se encontró que el sexo ($p = 0,041$) y el abandono al tratamiento ($p = 0,022$) presentan asociación significativa a la mortalidad en PVVS.

Conclusiones: El sexo masculino y el abandono del tratamiento antirretroviral son características predictoras de un aumento en la mortalidad en personas viviendo con VIH/SIDA.

Palabras claves: Mortalidad; Infecciones por VIH; VIH; pandemia; COVID-19; SARS-CoV-2. (Fuente: DeCS BIREME).

ABSTRACT

Objective: To determine the association between mortality and comprehensive care of patients living with HIV/AIDS during the COVID-19 pandemic at the Loreto Regional Hospital of Loreto during the period 2018 to 2021.

Methods: Observational, cross-sectional, descriptive, retrospective and correlational design study. A review of the medical records of people living with Acquired Immunodeficiency Virus/AIDS (PLWHA) from the Loreto Regional Hospital who died during 2018 to 2021 was performed. The analysis was performed through SPSS v26 using descriptive statistics and Fisher's exact test with significance $p < 0.05$.

Results: We analyzed 57 data; we found a higher mortality rate of 8.7 cases per 1000 population on 2021. Deceased PLWHA were mostly aged 30-59 years (82.5%), male (73.7%) and heterosexual (68.4%), with disease time < 10 years (66.7%), initial diagnosis before pandemic (91.2%), viral load > 40000 copRNA/mm³ (35.1%) and no TB co-infection (84.2%). In addition, they initiated antiretroviral treatment from 0 to 4 years (86%), with treatment abandonment (50.9%) and alternative treatment scheme (59.6%). Sex ($p = 0.041$) and treatment dropout ($p = 0.022$) were found to have significant association to mortality in PLWHA.

Conclusions: Male sex and antiretroviral treatment dropout are predictor characteristics of increased mortality in PLWHIV.

Keywords: Mortality; HIV Infections; HIV; pandemic; COVID-19; SARS-CoV-2. (Fuente: MeSH NCBI).

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud, en el año 2021 a nivel mundial se encontraban infectadas por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) 37,7,4 millones de personas, estimando que durante la pandemia en el año 2020 680,000 personas murieron por causa del VIH y 1,5 millones de personas nuevas infectadas.(1)

ONUSIDA reportó que la mayoría de las Personas viviendo con VIH/SIDA (PVVS) tuvieron severas reacciones y mayores comorbilidades frente a COVID-19 en contraste con las personas sin HIV. Estudios en Inglaterra y Sudáfrica encontraron que el riesgo de fallecer por COVID-19 fue el doble que la población en general.(2)

En el Perú, desde el año 1983 hasta enero 2021 se han identificado 137839 personas viviendo con VIH (PVVS). Con una razón de 3 a 1 de hombres frente a mujeres. El 68% tienen de 20 a 39 años y la mayor concentración de casos se encuentra en Lima y ciudades de la selva incluyendo Loreto, representando el 79% de todos los casos de VIH desde el 2001 al 2021.(3)

En el adulto la infección se produce principalmente por transmisión sexual 98.39%, en el recién nacido la transmisión es durante el parto, presentando síntomas y signos inespecíficos a los 4 o 5 meses posteriores al nacimiento con una mortalidad de hasta del 16%.(3)

Los adolescentes han sido reconocidos como una población vulnerable para adquirir VIH a nivel nacional debido a sus prácticas inseguras al inicio de relaciones sexuales y poco acceso y empoderamiento sobre salud sexual(4).Existen también adolescentes que fueron infectados a partir de la madre y a diferencia de los infectados por vía sexual presentan mayor riesgo de problemas cardiovasculares, neurológicos y renales; asimismo mayor probabilidad de resistencia al tratamiento antirretroviral y elevada mortalidad.(5)

Durante la pandemia del COVID-19 la atención integral de las personas viviendo con VIH se vio afectada debido a que los servicios de salud colapsaron y disminuyó la atención de los programas preventivos de VIH

dirigidos a la madre, neonato y a los adolescentes. Se estima que las pruebas rápidas para diagnóstico de VIH disminuyeron en un 41% y el tratamiento en un 37% durante el 2020, comparado con el 2019 pre pandemia.(2)

La coinfección de COVID-19 en PVVS a nivel mundial indica que el 89% fueron varones, 98% recibían tratamiento antirretroviral y 87% presentaban en promedio un CD4 mayor de 200 y se estimó que el 14,3% falleció a causa de COVID-19. La mortalidad por COVID-19 en PVVS no fue mayor que la población general y los factores de riesgos fueron similares en relación con las comorbilidades (obesidad, hipertensión arterial) y la edad mayor. Sin embargo, es posible que la coinfección no haya sido diagnosticada o no se consignen en las historias clínicas la infección por VIH.(6)

Las PVVS debido al compromiso inmune pudo ser vulnerable a una mayor mortalidad, sin embargo, se ha hipotetizado que el tratamiento antirretroviral pudo conferir una protección eventual frente a COVID-19.(7)

A nivel nacional y regional durante la pandemia los servicios de salud que permitían la atención integral del PVVS fueron interrumpidos, los laboratorios se centraron en la atención de casos COVID-19 y hubo desabastecimiento del tratamiento antirretroviral.(6)

Considerando que la región Loreto es una región con alta prevalencia de PVVS(3), consideramos relevante estudiar la mortalidad y la atención integral de los PVVS durante la pandemia de COVID-19.

De esta manera nos preguntamos ¿Existe asociación entre la mortalidad y la atención integral de pacientes viviendo con VIH/SIDA durante la pandemia de COVID-19 en el Hospital Regional de Loreto de Loreto durante el periodo 2018 al 2021?. Para la cual el objetivo general fue Determinar la asociación entre la mortalidad y la atención integral de pacientes viviendo con VIH/SIDA durante la pandemia de COVID-19 en el Hospital Regional de Loreto de Loreto durante el periodo 2018 al 2021. Los objetivos específicos fueron: 1) Identificar los casos de mortalidad en los pacientes viviendo con VIH/SIDA en el Hospital Regional de Loreto de Loreto durante el periodo 2018 al 2021. 2) Describir la atención integral de los pacientes viviendo con VIH/SIDA (características demográficas, clínicas y del tratamiento) en el Hospital Regional de Loreto de

Loreto durante el periodo 2018 al 2021. 3) Establecer la asociación entre la mortalidad y la atención integral de pacientes viviendo con VIH/SIDA durante la pandemia de COVID-19 en el Hospital Regional de Loreto de Loreto durante el periodo 2018 al 2021.

El estudio se justifica por la importancia de reconocer las características que se asocian a la mortalidad en pacientes con VIH/DISA durante la pandemia, debido a que los servicios de salud como el Hospital Regional de Loreto fueron interrumpidos con la finalidad de disminuir la mortalidad por COVID-19, evitando que los servicios de salud colapsen y poder mejorar la calidad de vida de estos pacientes en el mismo establecimiento de salud.

Además de que permita reconocer las dificultades del abordaje terapéutico que recibieron las PVVS durante la pandemia, este estudio contribuye a fortalecer el programa, acciones y uso de protocolos de prevención y manejo del tratamiento en situaciones de emergencia sanitaria. Asimismo, no se ha actualizado la mortalidad en el contexto epidemiológico de COVID-19 a nivel local.

Y conocer las características de la atención integral beneficia a los pacientes que pueden presentar características de riesgo y disminuir la morbi mortalidad asociada en este grupo vulnerable. Los resultados de nuestro estudio generan nuevo conocimiento en el tema a nivel local y permitirá reconocer el impacto de la pandemia en las PVVS.

La viabilidad de nuestro estudio reside en la cantidad de pacientes que son atendidos en el Hospital Regional de Loreto, lo cual permite obtener la muestra necesaria para el cumplimiento de nuestros objetivos. Los encargados de ejecutar el presente estudio contamos con la capacidad teórica y práctica para ejecutar el proyecto. Aportar en disminuir la morbimortalidad en PVVS es una prioridad de la alta gestión del Hospital, por lo cual esperamos contar con el respaldo para el cumplimiento de nuestros objetivos.

La limitación que se presentó en el estudio fue que en los registros de la población de personas fallecidas no se tomaron en cuenta los casos de abandonos, debido a que no se cuenta con una base de datos del área investigada en la que se denote si aún están vivos o no.

CAPÍTULO I: MARCO TEORICO

1.1. Antecedentes

Estudio realizado en 2022 de tipo observacional, retrospectivo y diseño cohortes que incluyó como población de estudio a 11.468 personas con VIH que iniciaron tratamiento antirretroviral en el Sistema de Gestión de Información de Respuesta Integral (CRIMS) en Luzhou, China. La investigación determinó que la tasa de mortalidad general fue de 1,9 muertes/100 personas-año. Al asociar las variables se encontró que la edad ($p=0,001$), el sexo ($p=0,006$), la población objetivo heterosexual ($p=<0,001$), la carga viral ($p=<0,001$) y el abandono al tratamiento ($p=<0,001$), presentan asociación significativa con la mortalidad en pacientes con VIH/SIDA ($p<0,05$); y el trabajo concluyó que existen características de riesgo que aumentan el exceso de la tasa de mortalidad entre las personas que viven con el VIH.(8)

Estudio realizado en 2022 de tipo observacional, descriptivo y diseño cohortes que incluyó como población de estudio a 283 pacientes con diagnóstico de VIH del Hospital Universitario del Caribe, Colombia. La investigación determinó que el porcentaje de pacientes fallecidos entre el 2019 y el 2021 fue de 22,25%. Las características demográficas y clínicas de atención integral en pacientes fallecidos más resaltantes fueron la edad media de 42,6 años, pacientes masculinos (70%), sin tratamiento antirretroviral previo (58%), con carga viral mayor de 20cop/mL. Al asociar las variables solo se encontró asociación significativa entre la carga viral y la mortalidad en pacientes con VIH/SIDA ($p=0,001$); y el trabajo concluyó que las características predictores de mortalidad fue el aumento de la carga viral.(9)

Estudio realizado en 2021 de tipo observacional, descriptivo y diseño seguimiento retrospectivo que incluyó como población de estudio a 441 pacientes adultos con VIH/SIDA en el Hospital Integral de la Universidad Wolaita Sodo, Etiopía 2021. La investigación determinó que la tasa de mortalidad fue de 5,6%, tenían una edad media de 32 años y el 59,86% eran mujeres. Las características más resaltantes fueron la no coinfección tuberculosis (64,1%), el régimen regular farmacológico de 1ra combinación

(82,9%) y el abandonaron el tratamiento (71,4%). En el análisis multivariable, los pacientes con VIH/SIDA con un cumplimiento deficiente de los medicamentos, con tratamiento regular predijo de forma independiente la mortalidad ($p < 0,05$); y el trabajo concluyó que la incidencia de mortalidad fue relativamente alta, pero se puede minimizar prestando especial atención a las personas con problemas de adherencia.(10)

Estudio realizado en 2021 de tipo observacional, descriptivo y diseño cohortes que incluyó como población de estudio a 202 pacientes con VIH/SIDA atendidos en el Hospital de Enfermedades Infecciosas São José, Brasil. La investigación determinó que el porcentaje de pacientes fallecidos fue de 58,5%. La mayoría eran varones (73,8%), de 18 a 39 años (60,9%) (media 38,2), con abandono de antirretrovirales (40,6%). La mayor proporción eran heterosexuales (68,3%), en tratamiento antirretroviral irregular (70,2%) y tenían una carga viral > 100.000 copias/ml (26,2%). Al asociar las variables no se encontró asociación significativa con la mortalidad en pacientes con VIH/SIDA ($p > 0,05$); y el trabajo concluyó que no existe asociación entre las características de atención integral con la mortalidad.(11)

Estudio realizado en 2021 de tipo observacional, descriptivo, transversal y diseño correlacional que incluyó como población de estudio a 110 pacientes con diagnóstico de VIH del Hospital Santa Clara, Colombia. La investigación determinó que la mayoría de los pacientes fallecidos tenían más de 60 años (14,1%), con una edad media de 41,8 años, de sexo masculino (81,2%), con carga viral $> 500/mm^3$, con tratamiento antirretroviral previo (25%) y con coinfección TBC (50%). Al asociar las variables no se encontró asociación significativa entre las características demográficas, clínicas con la mortalidad ($p > 0,05$); y el trabajo concluyó que las características de atención integral de los PVVS no afectan de manera significativa a la mortalidad.(12)

Estudio realizado en 2021 de tipo observacional, descriptivo, retrospectivo y diseño cohortes que incluyó como población de estudio a 4035 pacientes con hospitalizados con coinfección por VIH entre 2018 al 2020. La investigación determinó que la mediana de edad de ambos grupos fue de 53 años y el

90,5% eran de sexo masculino. No se encontraron diferencias entre los grupos en relación con comorbilidades, presentación de la enfermedad de COVID-19, datos de laboratorio, datos de imágenes ni gravedad a la admisión. No se encontró diferencia en la tasa de mortalidad ($p>0,05$); y el trabajo que los PVVS con un adecuado control no influye en la severidad COVID-19.(13)

Estudio realizado en 2021 de diseño revisión sistemática realizada en Estados Unidos en el año 2021, con la finalidad de esclarecer la relación entre VIH y COVID-19. La investigación determinó que aunque en un inicio de la pandemia no se encontraron diferencias entre PVVS y no infectadas, estudios del 2021 muestran que las PVVS infectadas por COVID-19 tienen un mayor riesgo de enfermedad severa a pesar de llevar un adecuado control. Se mantiene poco claro la influencia de las comorbilidades en PVVS y de los determinantes socioeconómicos; y el trabajo concluyó que existen hallazgos contradictorios de la progresión la mortalidad en tiempos de COVID-19 en PVVS.(14)

Estudio realizado en 2020 se desarrolló una investigación de tipo cualitativo y de diseño transversal que incluyó como población de estudio a 30 PVVS adolescentes durante la pandemia en Perú. La investigación determinó que el acceso a la búsqueda de la atención en salud se debió principalmente a la restricción del servicio de transporte público, escasez de tratamiento antirretroviral y la suspensión de las citas médicas y de laboratorio. Adicionalmente, los adolescentes enfrentaron problemas económicos, de salud mental y alteración del estilo de vida; y el estudio concluyó que la pandemia impactó de manera negativa en la atención de las PVVS adolescentes.(15)

1.2. Bases teóricas

Mortalidad

La mortalidad en una población es definida como la frecuencia de defunciones con que ocurre una enfermedad (incidencia) y de la probabilidad de morir de

las personas enfermas (letalidad). La muerte, como un fenómeno personas tiene determinantes que cuyos mecanismos constituyen la fisiopatologías de los eventos de enfermedad.(16)

Mortalidad en pacientes con VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana)

En la década de 1990, se reportó un pico alto de la epidemia de VIH en el mundo. El número de personas diagnosticadas hasta la actualidad ha ido disminuyendo. De 2014 a 2019, se ha reportado una disminución del 31 % en el PVVS (disminución anual promedio del 7%). Sin embargo, en 2020, durante el inicio de la pandemia de COVID-19, los nuevos diagnósticos de VIH disminuyeron un 19% con respecto a 2019. Aunque el número de nuevos diagnósticos disminuyó drásticamente, el número de muertes entre personas con diagnóstico de VIH aumentó en 2020.(17)

Sin embargo, con la introducción de la terapia antirretroviral (TAR), la infección por VIH ha pasado de ser una enfermedad aguda y mortal a una enfermedad crónica. El tratamiento antirretroviral reduce la transmisión, las complicaciones, la resistencia a los medicamentos y la mortalidad. Según ONUSIDA, el 68% de los pacientes reciben tratamiento antirretroviral. Esta tasa es muy importante porque el TAR puede mejorar la calidad y la esperanza de vida de los pacientes. Los resultados de estudios previos muestran que factores como la edad, la educación, el sexo, la coinfección, el estadio clínico de la enfermedad y la carga viral predicen la supervivencia en pacientes con VIH.(18)

VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana)

El VIH es una enfermedad infecciosa que se transmite principalmente por vía sexual. La presentación clínica se caracteriza por un estadio inicial con presencia de síntomas inespecíficos como linfadenopatías, hepatoesplenomegalia, dermatitis, fiebre persistente y deposiciones diarreicas crónicas hasta el estadio con síntomas e infecciones graves como abscesos, neumonía *Pneumocystis jirovecii*, tuberculosis lo que se conoce como el estadio SIDA. De acuerdo con la Norma Técnica de salud para la atención integral de PVVS, todo PPV tiene derecho a recibir atención médica gratuita, consejería y orientación en prevención de ITS y VIH en los

establecimientos de salud públicos, así como el acceso a pruebas de tamizaje para ITS y VIH según los riesgos identificados.(19)

De acuerdo con el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica en el Perú viven más de 120,000 PVVS incluyendo a todos los estadios de infección. Se estima que un 28% ingresaron a la fase SIDA y que existe un número indeterminado de personas no diagnosticadas que perpetúan la transmisión comunitaria.(3)

En el Perú, el ministerio de Salud ha reportado que el 97% de los casos de PVVS fueron infectados por relaciones sexuales con personas del mismo sexo en un rango de edad de 20 a 29 años y es más frecuente en la población masculina. 2 a 3 de cada 1,000 personas viven con VIH en nuestro país, los casos de Lima y Callao sumados a los casos de Loreto, La Libertad, Piura y Lambayeque representan el 80% de todos los casos.(19)

Personas con VIH (PVVS) y la pandemia por COVID-19

A nivel nacional, se han encontrado escasa información sobre la coinfección de COVID-19 y VIH. Una reciente publicación sobre la situación de los PVVS en el Perú, refiere que 67 000 PVVS reciben tratamiento antirretroviral y durante la pandemia tuvieron limitaciones en el acceso a medicamentos, comprometiendo su adherencia y su salud. En el Perú, en el 2020 se notificaron solo el 18,2% de los casos notificados en el 2019, esto significa que un importante número de personas infectadas no han sido aún diagnosticadas. Se ha reconocido que la salud mental es la principal afección de PVVS como consecuencia de temores de infección de COVID-19, aislamiento, violencia doméstica y problemas económicos.(6)

La coinfección de coronavirus en PVVS ha sido poco estudiada, existe un antecedente en Suiza, donde se describe que en lavado bronco alveolar de PVVS se encontró presencia de coronavirus y virus de influenza A7. Asimismo, la tasa de letalidad de infecciones respiratorias agudas en PVVS se ha reportado alta en contraste con personas no infectadas con el VIH independientemente del agente etiológico. En epidemias previas como en el SARS, las PVVS no tuvieron mayor mortalidad. Durante la pandemia de COVID-19, de 1178 PVVS en China y 543 en España se demostró que la

mortalidad fue similar a la población no infectada por VIH independientemente de la carga viral, tratamiento antirretroviral, edad y sexo. Todos los pacientes tenían cuadros clínicos de COVID-19 que se asemejan a los cuadros presentados en la población general. Diferentes autores han relacionado esta eventual protección a los fármacos incluidos en el esquema del tratamiento antirretroviral que reciben las PVVS.(20)

Se ha especulado que las PVVS tienen una menor respuesta inmune frente a los virus y a las vacunas, lo cual fue una preocupación en PVVS ante la posibilidad de una inadecuada respuesta humoral frente a COVID-19. Sin embargo, se ha demostrado que los títulos de anticuerpos contra el SARS-CoV-2, necesarios para la neutralización y protección viral, son similares en PVVS. Las PVVS que reciben tratamiento antirretroviral y se han infectado con COVID-19 muestran anticuerpos y mantienen intacta su capacidad para inhibir la interacción proteína S-receptor ACE2 al igual que las personas no infectadas con VIH. Casi todos los PVVS con COVID-19 que participaron en el estudio español estaban recibiendo tratamiento antirretroviral y tuvieron una adecuada atención integral que incluía control clínico, virológico e inmunológico, lo que puede haber contribuido a títulos similares de anticuerpos anti-SARS-CoV-2 entre PVVS coinfectados con COVID-19 y no infectados con VIH.(21)

Limitaciones que impidieron el acceso al tratamiento antirretroviral

- Gestión de medicamentos e insumos durante la covid-19
- Dificultades en contexto de pandemia
- Escasez de insumos para la producción global de medicamentos para el tratamiento de los PVVS.
- Cierre de plantas en países productores de los medicamentos TAR.
- Incremento de costo de transporte internacional de los insumos y sus productos finales.
- Dificultad en el transporte nacional de medicamentos.
- Incremento de costos de distribución de insumos y de los productos finales (TAR).

- Escasez de proveedores para los procesos de control de calidad de los medicamentos.

Se presentaron dificultades para adquirir reactivos de carga viral; aún persiste dificultad en la llegada de pruebas inmunocromatográficas (rápidas) para VIH.(22)

Desde el comienzo de la pandemia SRAS-CoV-2, Se ha investigado si los grupos de sujetos con VIH tenían más probabilidades de experimentar peores resultados de COVID-19. Durante la pandemia, esto habría posibilitado el uso de recursos terapéuticos, intervenciones de prevención específicas y el priorización de la vacunación durante las fases posteriores a la pandemia. En resumen, los factores demográficos suelen ser los principales determinantes de mortalidad. Durante la primera fase de la pandemia, parecían estar relacionados con un mayor riesgo de muerte hospitalaria debido a las enfermedades preexistentes como el VIH/SIDA. Los pacientes con el VIH (PVVS) que reciben tratamiento regular presentan un efecto positivo más consistente contra infección por VIH, siendo de especial importancia en la reducción de la mortalidad durante la pandemia.(23,24)

1.3. Definición de términos básicos

Personas viviendo con VIH/SIDA (PVVS). Personas viviendo con el Virus de Inmunodeficiencia Adquirida en Loreto y enrolados en el servicio de prevención y control de VIH- SIDA/ITS/Hepatitis.

Atención integral de las PVVS. Es la atención a las personas con infección por VIH de acuerdo con sus expectativas y necesidades de salud, para mejorar su calidad de vida. A nivel operativo, se refiere a la oferta del programa en relación con el tratamiento antirretroviral, adherencia, carga viral, terapia preventiva, vacunación y control por infectología, pediatría, enfermería, psicología, trabajo social, obstetricia, nutrición, odontología y otra especialidad que sea requerida.

Mortalidad. PVVS en Loreto y enrolados en el servicio de prevención y control de VIH- SIDA/ITS/Hepatitis que fallecen (incluye pacientes que abandonaron y fallecen) del total del servicio.

Caso confirmado de COVID-19. Caso sospechoso o probable con confirmación de laboratorio por prueba antigénica positiva o PCR positiva a SARS-CoV-2.

Esquema de tratamiento. Es la combinación de medicamentos antiretrovirales con la que inician y/o continúan su tratamiento los pacientes PVVS, siendo el esquema regular el que se basa en la combinación de antirretrovirales (ARV) para suprimir la replicación del VIH y mantener la carga viral indetectable, siendo el Dolutegravir el fármaco de primera elección. Se utiliza en combinación con otros ARV. El esquema alternativo se utiliza cuando hay contraindicaciones o intolerancia a los medicamentos del esquema regular. En el esquema alternativo, se seleccionan otros ARV que no incluyen Dolutegravir.

CAPÍTULO II: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1. Formulación de hipótesis

Hipótesis principal

H0: No existe asociación significativa entre la mortalidad y la atención integral de pacientes viviendo con VIH/SIDA durante la pandemia de COVID-19 en un hospital público de Loreto 2018-2021.

H1: Existe asociación significativa entre la mortalidad y la atención integral de pacientes viviendo con VIH/SIDA durante la pandemia de COVID-19 en un hospital público de Loreto 2018-2021.

3.2. Variables y definiciones operacionales

Variables

- Variable independiente: Atención integral.
- Variable dependiente: Mortalidad.

Definiciones operacionales

Variable	Definición	Tipo por su naturaleza	Indicador	Escala de medición	Categoría	Valores de la categoría	Medio de verificación
Mortalidad.	Son los casos de PVVS fallecidos en el servicio de prevención y control de VIH-SIDA/ITS/Hepatitis del Hospital Regional de Loreto durante el periodo 2018 al 2021.	Cualitativa	Número de casos de personas que fallecen con VIH.	De razón	Antes de la pandemia	2018-2019 (1)	Ficha de registro de mortalidad y atención integral de PVVS
					Después de la pandemia	2020-2021 (2)	
Atención integral.	Es la atención a las personas con infección por VIH de acuerdo con sus necesidades de salud, para mejorar su calidad de vida. A nivel operativo, se refiere a las características demográficas, clínicas y del tratamiento en el Hospital Regional de	Cualitativa	Características demográficas	Nominal	Edad	18-29 años (1) 30-59 años (2) 60 años a más (3)	Ficha de registro de mortalidad y atención integral de PVVS
					Joven		
					Adulto		
			Adulto Mayor				
Sexo	Masculino (1) Femenino (2)						
Hombre							
Mujer							
Población clave	HSH (1) H (2)						
Personas que tiene sexo con el mismo sexo.							
Personas que tiene sexo con distinto sexo.							
Características clínicas	Nominal	Años de enfermedad	0 a 9 años (1) 10 años a más (2)				
		Intervalo corto					
		Intervalo largo					

Loreto durante el periodo 2018 al 2021					Diagnóstico inicial	
					Antes de pandemia	2018-2019 (1)
					Durante pandemia	2020-2021 (2)
					Carga viral	
					Indetectable	<500 copias ARN (1)
					Baja	500-40 000 copias ARN (2)
					Alta	>40 000 copias ARN (3)
					No específica	Sin registro (4)
					Coinfección TBC	
					Presenta	Si (1)
Ausente	No (0)					
Características del tratamiento	Nominal				Inicio tratamiento antirretroviral	
					Precoz	0 a 4 años (1)
					Tardío	5 años a más (2)
					Esquema de tratamiento	
Regular	ABC+3TC+EFV (1)					
Alternativos	Otros (2)					
Abandono al tratamiento					Presenta	Si (1)
					Ausente	No (0)

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

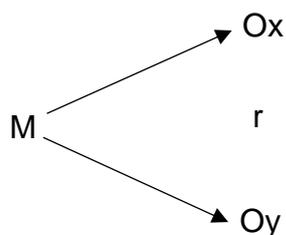
3.1. Tipo y diseño

Tipo de estudio

El tipo de estudio fue observacional, analítico, transversal y retrospectivo. Según la intervención del investigador: observacional, porque se realizó las mediciones de las variables sin manipularlas deliberadamente. Según el alcance para demostrar una relación causal: analítico, porque se estableció la relación de causa (atención integral) y efecto (mortalidad) en los PVVS. Según el número de mediciones de la variable de estudio: transversal, porque la recolección de los datos se realizó en un solo momento del tiempo. Según la planificación de la toma de datos: retrospectivo, porque los datos fueron recolectados de fuentes ya existentes como las historias clínicas y la fichas de atención integral de los PVVS.

Diseño de estudio

El diseño de estudio fue no experimental, correlacional. No experimental, porque se realizó las observaciones de la información sin que haya manipulación de variables, es decir solo fueron descritas como se presentan en sus propio contexto natural. Correlacional, porque se realizó la asociación de las variables aplicados pruebas inferenciales entre la mortalidad y la atención integral en PVVS. El diagrama de diseño fue:



Especificaciones:

M = Muestra de estudio de pacientes con PVVS.

Ox (Variable 1) = Mortalidad.

Oy (Variable 2) = Atención integral.

R = Relación entre las variables

3.2. Diseño muestral

Población de estudio

La población de estudio estuvo constituida por 57 personas viviendo con el Virus de Inmunodeficiencia Adquirida (PVVS) atendidos en el servicio de Infectología donde se ubica la unidad de Prevención y control de VIH-SIDA/ITS/Hepatitis en el Hospital Regional de Loreto que fallecieron durante los años 2018 al 2021.

Tamaño de la muestra

La muestra de estudio estuvo conformada por el 100% de las personas viviendo con el Virus de Inmunodeficiencia Adquirida (PVVS) atendidos en el servicio de Infectología donde se ubica la unidad de Prevención y control de VIH- SIDA/ITS/Hepatitis en el Hospital Regional de Loreto que fallecieron durante los años 2018 al 2021, es decir los 57 pacientes.

Muestreo o selección de la muestra

La selección de la muestra fue a través del muestreo no probabilístico por conveniencia, ya que era una muestra pequeña y de fácil accesibilidad se trabajó con total la población de estudio, es decir se utilizó las historias clínicas y las fichas de atención integral de las 57 personas viviendo con el Virus de Inmunodeficiencia Adquirida (PVVS) atendidos en el servicio de Infectología donde se ubica la unidad de Prevención y control de VIH- SIDA/ITS/Hepatitis en el Hospital Regional de Loreto que fallecieron durante los años 2018 al 2021, teniendo en cuenta los criterios de selección.

Criterios de selección

La población de estudio fue delimitada mediante los siguientes criterios:

Criterios de inclusión

- Pacientes viviendo con VIH/SIDA reportados como fallecidos entre 2018 y el 2021 que fueron atendidos en el servicio de Infectología del Hospital Regional de Loreto.

- Pacientes viviendo con VIH/SIDA mayores de 18 años y de ambos sexos fallecidos entre 2018 y el 2021 atendidos en el servicio de Infectología del Hospital Regional de Loreto.
- Pacientes con historias clínicas y fichas de atención integral con datos completos con condición de fallecido.

Criterios de exclusión

- Pacientes viviendo con VIH/SIDA atendidos en otros establecimientos de salud.
- Pacientes menores de 18 años con VIH/SIDA.
- Pacientes con historias clínicas y fichas de atención integral incompletas.

3.3. Procedimientos de recolección de datos

Los datos se recolectaron como se muestra a continuación:

- Se solicitó la respectiva autorización a la Dirección General del Hospital Regional de Loreto a través del decanato de la Facultad de Medicina Humana, para la recolección de datos.
- Se procedió a preparar un cronograma para la aplicación del instrumento en el periodo designado.
- El investigador fue responsable y encargado de llevar a cabo el estudio de lunes a viernes, vistiendo el respectivo equipo de protección personal.
- Se contó con los materiales que fueron de uso preciso poder recolectar los datos; se tomará muy en cuenta los horarios que predisponga el personal del hospital encargado de las historias clínicas, ya que facilitó llevar un orden adecuado en la ejecución del estudio, evitándose interrupciones e imprevistos.
- Posteriormente, tras haber conseguido el permiso, la Dirección General del Hospital Regional coordinó con el área de admisión para la entrega de las historias clínicas de todos los pacientes

viviendo con VIH/SIDA reportados como fallecidos entre 2018 y el 2021 que fueron atendidos en el Hospital Regional de Loreto.

- Se realizó la revisión y selección de los pacientes que fueron parte de la muestra de estudio.
- Se registró los datos sobre la mortalidad y la atención integral de los PVVS de la muestra de estudio, asegurándose que los instrumentos estén correctamente llenados antes de retirarse.
- Se procesó la información mediante software estadístico para su presentación de los resultados en tablas y gráficos.

Técnica de recolección de datos

Revisión documental: es una técnica que se basa en la exploración y recolección de la información a partir de documentos de diversas fuentes con el propósito de registrar datos para la investigación. Mediante esta técnica se permitió registrar la información necesaria de las Historias clínicas y las fichas de atención integral de todos los pacientes viviendo con VIH/SIDA reportados como fallecidos entre 2018 y el 2021 que fueron atendidos en el Hospital Regional de Loreto.

Instrumento de recolección de datos

Ficha de registro de mortalidad y atención integral de PVVS: es un instrumento que permitió recopilar los datos a partir de historias clínicas y las fichas de atención integral de todos los pacientes viviendo con VIH/SIDA reportados como fallecidos. Fue elaborada por el propio investigador para recoger la información en los pacientes que conforman la muestra de estudio. El mismo que estuvo estructurado de las siguientes partes: Título, Código, I. Instrucción; II. Datos Generales; III. Datos Específicos; Observaciones y Firma del investigador.

Validez y confiabilidad del instrumento

La ficha de registro de mortalidad y atención integral de PVVS de registro de datos no requirió validación ni confiabilidad debido a que la

información recolectada fueron datos reales de las historias clínicas de los viviendo con VIH/SIDA reportados como fallecidos entre el 2018 y el 2021.

3.4. Procesamiento y análisis de datos

Para realizar el procedimiento de los datos se empleó el paquete estadístico de IBM SPSS Statistics versión 26.0 para Windows 11 en español junto a la Hoja de Microsoft Excel 2022. Para el análisis de los datos se utilizó la estadística descriptiva mediante las medidas de tendencia central (media), medidas de frecuencias y las representaciones fueron presentadas en tablas univariadas. Además, se utilizó la estadística inferencial mediante la prueba exacta no paramétrica de Fisher con un 95% de confianza, un error del 5% y una significancia de $p < 0.05$ y las representaciones fueron presentadas en tablas bivariados.

3.5. Aspectos éticos

Se presentó el presente protocolo al comité de ética de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana para su aprobación. Se respetaron los principios de beneficencia, autonomía, justicia y no maleficencia en vista de que los datos se tomaron de fuentes secundarias.

Según la LEY N° 29733 LEY DE PROTECCION DE DATOS PERSONALES (Artículo 17 y 34). El equipo de investigación se comprometió a proteger la identidad, confidencialidad y privacidad de los participantes mediante la codificación de los datos obtenidos en este estudio. Ningún reporte o publicación incluyo ningún dato que permita identificar a los individuos participantes en este estudio. Similarmente, protegimos la confidencialidad, privacidad y destrucción de los datos de los participantes y ningún reporte llevo el nombre de ningún participante a menos que lo autorice.

CAPITULO IV: RESULTADOS

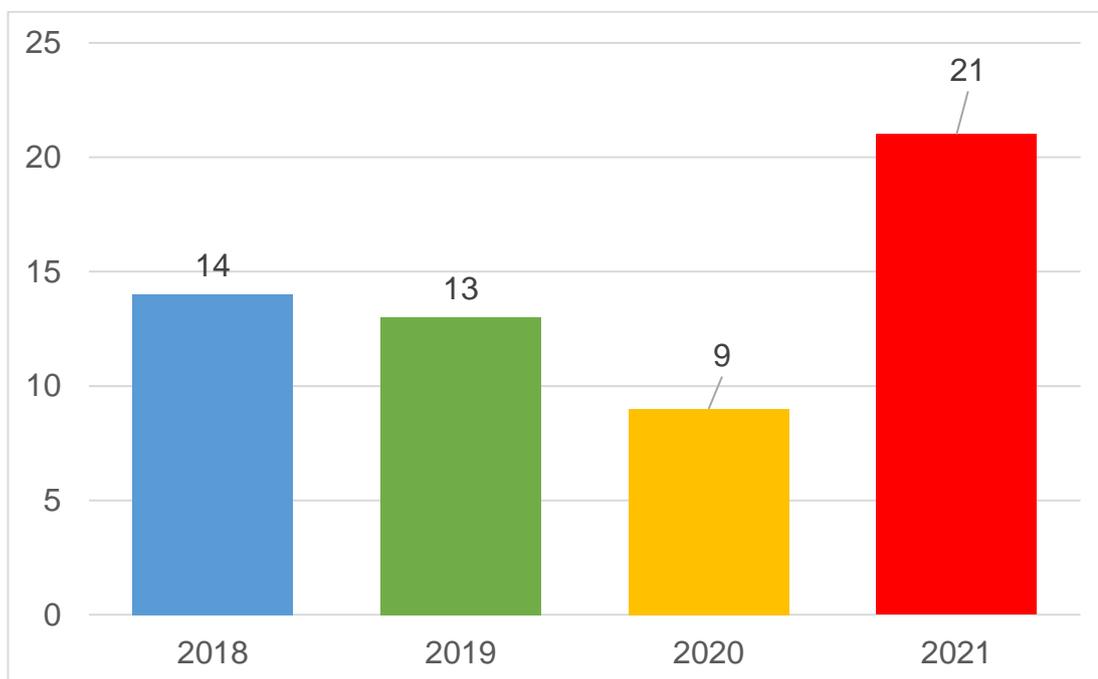
Tabla 1: Mortalidad por años en los pacientes viviendo con VIH/SIDA (PVVS) en el Hospital Regional de Loreto.

Casos	Fallecidos n=57(%)	No fallecidos	Tasa de mortalidad/1000hab
2018	14 (24,6)	2 023	6,9/1000
2019	13 (22,8)	2 124	6,1/1000
2020	9 (15,8)	2 172	4,1/1000
2021	21 (36,8)	2 411	8,7/1000

Fuente: *Elaboración propia*

En la tabla N° 01, se observa que del 100% (57) de los pacientes viviendo con VIH/SIDA (PVVS) en el Hospital Regional de Loreto de Loreto para el periodo de estudio, la mayor proporción habían fallecido en el 2021 con una tasa de mortalidad de 8,7 por cada 1000 habitantes, además representó el 36,8% de los casos durante el periodo de estudio.

Gráfico 1: Frecuencia de defunciones por años en los pacientes viviendo con VIH/SIDA (PVVS) el Hospital Regional de Loreto de Loreto.



Fuente: *Elaboración propia*

En el gráfico 01, se observa que del 100% (57) de los pacientes viviendo con VIH/SIDA (PVVS) en la pandemia por COVID-19 en el Hospital Regional de Loreto de Loreto, el mayor recuento había fallecido en el 2021 con 21 casos y la menor proporción se reportó en el 2020 con 9 casos.

Tabla 2: Características demográficas de la atención integral de los pacientes viviendo con VIH/SIDA reportados como fallecidos en el Hospital Regional de Loreto de Loreto durante el periodo 2018 al 2021.

Características demográficas	Total n=57 (%)
<i>Edad (años)*</i>	41,2
18 a 29 años	7 (12,3)
30 a 59 años	47 (82,5)
60 años a más	3 (5,3)
<i>Sexo</i>	
Masculino	42 (73,7)
Femenino	15 (26,3)
<i>Población clave</i>	
Homosexual (HSH)	18 (31,6)
Heterosexual (H)	39 (68,4)

*Media

Fuente: *Elaboración propia*

En la Tabla 2, se muestra del 100% (57) de los pacientes viviendo con VIH/SIDA (PVVS) en la pandemia por COVID-19 en el Hospital Regional de Loreto de Loreto durante el periodo 2018 al 2021, las características demográficas con una mayor proporción fueron la edad de 30 a 59 años con el 82,5% (n=47), con una edad media de 42,7 años, de sexo masculino con el 73,7% (n=42) y de población clave heterosexuales con el 68,4% (n=39).

Tabla 3: Características clínicas de la atención integral de los pacientes viviendo con VIH/SIDA reportados como fallecidos en el Hospital Regional de Loreto de Loreto durante el periodo 2018 al 2021.

Características clínicas	Total n=57 (%)
<i>Años de enfermedad (años)*</i>	7,4
<10 años	38 (66,7)
10 años a más	19 (33,3)
<i>Diagnóstico inicial</i>	
Antes de pandemia	52 (91,2)
Después de pandemia	5 (8,8)
<i>Carga viral</i>	
<500 copias ARN/mm ³	2 (3,5)
500 - 40000 copias ARN/mm ³	9 (15,8)
>40000 copias ARN/mm ³	20 (35,1)
No especifica	26 (45,6)
<i>Coinfección TBC</i>	
Si	9 (15,8)
No	48 (84,2)

*Media

Fuente: *Elaboración propia*

En la Tabla 3, se muestra del 100% (57) de los pacientes viviendo con VIH/SIDA (PVVS) en la pandemia por COVID-19 en el Hospital Regional de Loreto de Loreto durante el periodo 2018 al 2021, las características clínicas con una mayor proporción fueron un tiempo de enfermedad menor de 10 años con el 66,7% (n=38), con una media de 7,4 años, de diagnóstico inicial antes de pandemia con el 91,2% (n=52), con carga viral >40000 copias ARN/mm³ con el 35,1% (n=20) y sin coinfección TBC con el 84,2% (n=48)

Tabla 4: Características del tratamiento de la atención integral de los pacientes viviendo con VIH/SIDA reportados como fallecidos en el Hospital Regional de Loreto de Loreto durante el periodo 2018 al 2021.

Características del tratamiento	Total n=57 (%)
<i>Inicio del tratamiento antirretroviral (años)*</i>	1,8
0 a 4 años	49 (86)
5 años a más	8 (14)
<i>Abandono al tratamiento</i>	
Si	29 (50,9)
No	28 (49,1)
<i>Esquema de tratamiento</i>	
Regular	23 (40,4)
Alternativo	34 (59,6)

*Media

Fuente: *Elaboración propia*

En la Tabla 4, se muestra del 100% (57) de los pacientes viviendo con VIH/SIDA (PVVS) en la pandemia por COVID-19 en el Hospital Regional de Loreto de Loreto durante el periodo 2018 al 2021, las características del tratamiento con una mayor proporción fueron el inicio del tratamiento antirretroviral de 0 a 4 años con el 86% (n=49), con una edad media de inicio de 1,8 años, con abandono del tratamiento con el 50,9% (n=29) y con un esquema de tratamiento alternativo con el 59,6% (n=34)

Tabla 5: Mortalidad y características demográficas de la atención integral de los pacientes viviendo con VIH/SIDA reportados como fallecidos en el Hospital Regional de Loreto de Loreto durante el periodo 2018 al 2021.

Características demográficas	Mortalidad en pandemia		Prueba exacta Fisher (p-valor)
	Antes (2018-2019)	Durante (2020-2021)	
	n=27 (%)	n=30 (%)	
<i>Edad</i>			
18 a 29 años	3 (5,3)	4 (7)	
30 a 59 años	24 (42,1)	23 (40,4)	3,015 (0,222)
60 años a más	0 (0)	3 (5,3)	
<i>Sexo</i>			
Masculino	23 (40,4)	19 (33,3)	3,499 (0,041)
Femenino	4 (7)	11 (19,3)	
<i>Población clave</i>			
Homosexual (HSH)	9 (15,8)	9 (15,8)	0,073 (0,787)
Heterosexual (H)	18 (31,6)	21 (36,8)	

Fuente: *Elaboración propia*

En la Tabla 5, se muestra del 100% (57) de los pacientes viviendo con VIH/SIDA (PVVS) en la pandemia por COVID-19 en el Hospital Regional de Loreto de Loreto durante el periodo 2018 al 2021, en su mayoría fallecieron los adultos de 30 a 59 años (42,1%) antes de la pandemia, de igual manera los de sexo masculino (40,4%). Sin embargo, durante la pandemia fallecieron en su mayoría la población clave de heterosexuales (36,8%). Al aplicarse la prueba exacta de Fisher, se encontró que el sexo presenta asociación estadísticamente significativa a la mortalidad en pacientes viviendo con VIH/SIDA (PVVS) con un valor de p menor ($p=0,041$) al nivel de significancia ($p<0,05$). Por último, la edad ($p=0,222$) y la población clave ($p=0,787$) no fueron estadísticamente significativos ($p>0,05$).

Tabla 6: Mortalidad y características clínicas de la atención integral de los pacientes viviendo con VIH/SIDA reportados como fallecidos en el Hospital Regional de Loreto de Loreto durante el periodo 2018 al 2021.

Características clínicas	Mortalidad en pandemia		Prueba exacta Fisher (p-valor)
	Antes (2018-2019)	Durante (2020-2021)	
	n=27 (%)	n=30 (%)	
<i>Años de enfermedad</i>			
<10 años	18 (31,6)	20 (35,1)	1,000
10 años a más	9 (15,8)	10 (17,5)	(0,610)
<i>Diagnóstico inicial</i>			
Antes de pandemia	26 (45,6)	26 (45,6)	1,647
Después de pandemia	1 (1,8)	4 (7)	(0,356)
<i>Carga viral</i>			
<500 ARN/mm ³	1 (1,8)	1 (1,8)	
500-40000 ARN/mm ³	5 (8,8)	4 (7)	0,073
>40000 ARN/mm ³	9 (15,8)	11 (19,3)	(0,787)
No especifica	12 (21,1)	14 (24,6)	
<i>Coinfección TBC</i>			
Si	6 (10,5)	3 (5,3)	1,597
No	21 (36,8)	27 (47,4)	(0,283)

Fuente: *Elaboración propia*

En la Tabla 6, se muestra del 100% (57) de los pacientes viviendo con VIH/SIDA (PVVS) en la pandemia por COVID-19 en el Hospital Regional de Loreto de Loreto durante el periodo 2018 al 2021, en su mayoría fallecieron los que tenían menos de 10 años de enfermedad (31,6%) y con diagnóstico inicial antes del 2020 (45,6%), Sin embargo, durante la pandemia fallecieron los pacientes con carga viral >40000 ARN/mm³ (19,3%) y sin coinfección TBC (47,4%). Al aplicarse la prueba exacta de Fisher, se encontró que los años de enfermedad (p=0,610), el diagnóstico inicial (0,356), la carga viral (0,787) y la coinfección TBC (0,283) no presentan asociación estadísticamente significativa a la mortalidad en PVVS (p>0,05).

Tabla 7: Mortalidad y características del tratamiento de la atención integral de los pacientes viviendo con VIH/SIDA reportados como fallecidos en el Hospital Regional de Loreto de Loreto durante el periodo 2018 al 2021.

Características del tratamiento	Mortalidad en pandemia		Prueba exacta Fisher (p-valor)
	Antes (2018-2019)	Durante (2020-2021)	
	n=27 (%)	n=30 (%)	
<i>Inicio del tratamiento antirretroviral</i>			
0 a 4 años	22 (38,6)	27 (47,4)	0,855
5 años a más	5 (8,8)	3 (5,3)	(0,294)
<i>Abandono al tratamiento</i>			
Si	9 (15,8)	19 (33,3)	5,117
No	18 (31,6)	11 (19,3)	(0,022)
<i>Esquema de tratamiento</i>			
Regular	13 (22,8)	10 (17,5)	1,296
Alternativo	14 (24,6)	20 (35,1)	(0,290)

Fuente: *Elaboración propia*

En la Tabla 7, se muestra del 100% (57) de los pacientes viviendo con VIH/SIDA (PVVS) en la pandemia por COVID-19 en el Hospital Regional de Loreto de Loreto durante el periodo 2018 al 2021, durante la pandemia fallecieron en su mayoría los pacientes con inicio de tratamiento antirretroviral de 0 a 4 años (47,4%), con abandono del tratamiento (33,3%) y con tratamiento alternativo (35,1%). Al aplicarse la prueba exacta de Fisher, se encontró que el abandono al tratamiento presenta asociación estadísticamente significativa a la mortalidad en pacientes viviendo con VIH/SIDA (PVVS) con un valor de p menor ($p=0,022$) al nivel de significancia ($p<0,05$). Por último, el inicio del tratamiento antirretroviral ($p=0,294$) y el esquema de tratamiento ($p=0,290$) no fueron estadísticamente significativos ($p>0,05$).

CAPITULO V: DISCUSIÓN

Se estima que las infecciones por VIH hasta el 2021 tuvieron una reducción del 28%, pasando de 19.000 a 14.000 casos por año(25). Datos contrarios a los reportados por CDC-MINSA Perú que durante el periodo 2020 – 2022 el número de casos nuevos de infección por VIH muestra una tendencia ascendente con 808 nuevos casos para el 2020 y 1101 nuevos casos para el 2021(26). Encontrándose similitudes con el estudio donde se reportaron 57 casos para el 2020 y 260 casos para el 2021. Estos datos nos sugieren que debido a la pandemia por COVID-19 los centros de atención de salud no realizaron la detección precoz por la emergencia sanitaria, sin embargo, para 2021 se muestran una data de crecimiento ascendente por la oportunidad de la detección y notificación de casos nuevos.

Se estima que solo en 2020 se produjeron 680.000 muertes relacionadas con el VIH/SIDA, la mayoría de las personas provienen de países en desarrollo y para el 2021 esta cifra ascendió a 1 millón de muertes por año(24). Datos similares reportados por el CDC-MINSA Perú que reportó 1508 defunciones para el 2020 y 1800 defunciones para el 2021(26). Encontrándose similitudes con el estudio porque la mayor proporción de muertes se encontraron en el periodo del 2021 con 21 defunciones en comparación con el 2020 con 9 casos.

En el estudio de Torres, *et al*(27) encontraron que la mayor proporción de pacientes con VIH fallecidos fueron los varones con una edad media de 38,7 años. Datos muy similares con el estudio de Gutiérrez, A (9) donde el mayor porcentaje de fallecidos fueron varones con edad media de 42,6 años. De igual manera, Cunha, *et al*(11) reportó que los pacientes masculinos jóvenes entre 19 y 39 años presentaron una mayor proporción de defunciones. Encontrándose similitudes con el estudio porque las muertes se produjeron con mayor cantidad entre las edades de 30 a 59 años con una edad media de 42,7 años y de sexo masculino. Esto nos quiere decir que la población de personas adultas varones son quienes más contraen la enfermedad y son más propensos a desarrollar complicaciones relacionados a las muertes por la infección VIH/SIDA.

En el estudio de Alonso, et al(28) encontraron que las características clínicas más frecuentes en los pacientes con VIH fallecidos fue el tiempo de enfermedad mayor de 10 años con carga viral mayor de 500 copias ARN/mL. Similar al estudio de Mahena, J(12) donde la mayoría de los pacientes fallecidos tenían carga viral >500/mm³. Por su parte, Cunha, et al(11) determinó que mayoría de los fallecidos tenían una carga viral >100.000 copias/ml. Todos estos datos son muy similares con nuestro estudio donde la mayor proporción de fallecidos tenían un tiempo de enfermedad mayor de 10 años y con carga viral >40000 copias ARN/mm³. Esto nos quiere decir que la carga viral alta en el contexto del VIH indica que el virus está replicándose activamente y se produce una mayor destrucción de células CD4, debilitando progresivamente la capacidad del sistema inmunológico para combatir infecciones y aumentando los casos de mortalidad.

El estudio de Cunha, et al(12) reportó que la mayor proporción de pacientes fallecidos son los que presente abandono de antirretrovirales y son tratados con tratamiento antirretroviral alternativos. Datos similares con el estudio de Cortés, et al(29) las personas fallecidas en su mayoría abandonan el tratamiento a los 3 años de la enfermedad siendo aún mayor en pacientes con esquema alternativos de varios medicamentos. Encontrándose similitudes con el estudio donde características del tratamiento con una mayor proporción en los fallecidos fueron el abandono del tratamiento y un esquema de tratamiento alternativo. Esto nos quiere decir que el abandono del tratamiento antirretroviral (TAR) facilita que el VIH pueda replicarse sin restricciones, se vuelvan resistentes a los medicamentos y suele ser más difícil encontrar un régimen efectivo para controlar la infección. Con un sistema inmunológico debilitado, los pacientes que abandonan el tratamiento son más propensos a desarrollar infecciones oportunistas graves y potencialmente mortales.

El estudio de Sellier, et al(30) encontró que las características de riesgo de muerte fueron la carga viral superior a 50 copias/ml ($p=0,001$). Datos que difieren de nuestro estudio donde la carga viral (0,787) no presenta asociación estadísticamente significativa a la mortalidad en pacientes viviendo con

VIH/SIDA (PVVS). Estos datos podrían explicarse debido a que la población tenía una carga viral $<500\text{cop}/\text{mm}^3$. Esto nos quiere decir tener un recuento una carga viral menor de 500 copias no significa necesariamente que la persona esté gravemente comprometida sino que aún pueden tener un sistema inmunológico que les permite mantener cierto control sobre la infección, es por eso que la adherencia constante al tratamiento antirretroviral es crucial para mantener la supresión viral.

En el estudio de Niu, *et al*(8) encontró que al asociar las variables sexo ($p=0,006$) y el abandono al tratamiento ($p=<0,001$), presentan asociación significativa con la mortalidad en pacientes con VIH/SIDA. Datos similares con el estudio de Torres, *et al*(27) encontraron que la edad ($p=0,03$) presenta asociación significativa. Cabe señalar, que el estudio de Haguihara, *et al*(31) donde los pacientes que murieron presentaron abandono al tratamiento antirretroviral ($p<0,01$). Encontrándose similitudes con el presente estudio donde el sexo ($p=0,041$) y el abandono al tratamiento antirretroviral ($p=0,022$) presentan asociación estadísticamente significativa a la mortalidad en pacientes viviendo con VIH/SIDA (PVVS). Esto nos quiere decir que la asociación entre el sexo es una variable que se asocia a la mortalidad debido a que son los varones quienes tienen estilos de vida sexual no saludable en su mayoría y son más propensos a contagiarse de la enfermedad. Además, el abandono al tratamiento puede resultar en una mayor carga viral con una disminución de las células CD4 con el posterior debilitamiento del sistema inmunológico, lo que podría acelerar la velocidad de la progresión de la enfermedad y la predisposición a muertes.

CAPITULO VI: CONCLUSIONES

La mayor proporción de fallecidos en pacientes viviendo con VIH/SIDA (PVVS) en el Hospital Regional de Loreto de Loreto en el periodo de estudio fue en el año 2021 con 21 casos.

Las características demográficas en su mayoría fueron la edad de 30 a 59 años, el sexo masculino y la población clave heterosexuales. Las características clínicas más frecuentes fueron un tiempo de enfermedad menor de 10 años, con diagnóstico inicial antes de pandemia, con carga viral >40000 copias ARN/mm³ y sin coinfección TBC. Mientras que las características del tratamiento con mayor proporción fueron el inicio del tratamiento antirretroviral de 0 a 4 años, con abandono del tratamiento y con un esquema de tratamiento alternativo.

Al aplicarse la prueba exacta de Fisher, se encontró que el sexo ($p=0,041$) y el abandono al tratamiento ($p=0,022$) presentan asociación estadísticamente significativa a la mortalidad en pacientes viviendo con VIH/SIDA (PVVSS). Sin embargo, las otras variables no fueron estadísticamente significativos ($p>0,05$).

CAPITULO VII: RECOMENDACIONES

El equipo de salud en el área de infectología del Hospital Regional de Loreto debe mantener su compromiso con la atención de calidad. Es esencial abordar los desafíos que surgen antes, durante y después del diagnóstico de VIH para proteger la salud de la población con VIH/SIDA (PVVS) y reducir el abandono del tratamiento.

Además, es fundamental fortalecer los planes de contingencia durante situaciones de emergencia o desastres que puedan colapsar el sistema de salud. Esto contribuirá a disminuir la mortalidad en poblaciones vulnerables como las PVVS. También instamos al personal del área de Estadística e Informática a obtener datos precisos de las historias clínicas, fechas, cantidad de días y diagnósticos correspondientes.

Por otro lado, se llama a la Facultad de Medicina Humana a promover la investigación sobre la letalidad y su relación con el manejo integral de las PVVS. Dado que Loreto es una de las regiones con mayor número de casos de VIH, es fundamental que la cobertura sea más veraz y con un enfoque amplio.

CAPITULO VII: FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Organización Mundial de la Salud. 10 datos sobre el VIH/sida [Internet]. 2023 [citado 18 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/facts-in-pictures/detail/hiv-aids>
2. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Global HIV & AIDS statistics — Fact sheet [Internet]. [citado 18 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://www.unaids.org/en/resources/fact-sheet>
3. Centers for Disease Control and Prevention Basic. Situación epidemiológica del VIH-sida en el Perú [Internet]. 2022 [citado 18 de diciembre de 2023]. Disponible en: https://www.dge.gob.pe/vih/uploads/nacional_vih.html
4. Baca-Sánchez J, Hidalgo-Palacios C, León-Jiménez F, Malca-Tello N. Conocimientos, percepciones y prácticas relacionadas a VIH/SIDA en adolescentes de un distrito de Lambayeque-Perú, 2015. Acta Médica Peru. enero de 2019;36(1):38-45.
5. Peredo C. Protocolo para la Información, apoyo, manejo y seguimiento de los adolescentes de edad igual o superior a 14 y menores de 18 años en la detección del VIH [Internet]. Ministerio de Salud de Chile; 2017. Disponible en: https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2018/03/2018.03.07_Protocolo-VIH-Adolescentes-2017color.pdf
6. Paredes JL, Navarro R, Cabrera DM, Diaz MM, Mejia F, Caceres CF, et al. Los desafíos en la continuidad de atención de personas viviendo con VIH en el Perú durante la pandemia de la COVID-19. Rev Peru Med Exp Salud Publica. enero de 2021;38(1):166-70.
7. O NT, H B, A C, M C. [HIV in the time of COVID-19 : the meeting between two pandemics]. Rev Med Suisse [Internet]. 13 de enero de 2021 [citado 18 de diciembre de 2023];17(720-1). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33443839/>

8. Niu D, Xiao T, Chen Y, Tang H, Chen F, Cai C, et al. Excess mortality and associated factors among people living with HIV initiating highly active antiretroviral therapy in Luzhou, China 2006–2020. *BMC Infect Dis.* 29 de marzo de 2023;23(1):186.
9. Gutiérrez AQ. VIH/SIDA internados en la E.S.E. Hospital Universitario del Caribe, periodo enero 2019 a junio 2021, Colombia. [Especialidad]. [Colombia]: Universidad de Cartagena; 2022.
10. Barata TY, Abiso G, Israel E, Molla S, Wolka E. Incidence of Mortality and Its Predictors Among Adult Human Immune Virus Infected Patients on Antiretroviral Therapy in Wolaita Sodo University Comprehensive Specialized Hospital, Southern Ethiopia: A Retrospective Follow-Up Study. *HIVAIDS - Res Palliat Care.* 19 de junio de 2023;15:361-75.
11. Cunha GH da, Lima RCR de O, Lopes MV de O, Galvão MTG, Siqueira LR, Fontenele MSM. Mortality, survival and prognostic factors of people with AIDS in intensive care unit. *Rev Esc Enferm USP.* 13 de septiembre de 2021;55:e20210121.
12. Mahecha J. Factores Asociados A Mortalidad En Pacientes Con Infección Por Virus De Inmunodeficiencia Y/O Síndrome De Inmunodeficiencia Humana Adquirida, Hospitalizados En La Unidad De Cuidado Intensivo Del Hospital Santa Clara Durante El Periodo De 2017 – 2019. [Especialidad]. [Colombia]: Universidad El Bosque; 2020.
13. C D, J DRR, R M, Jc L, Jr B, S C, et al. COVID-19 in hospitalized HIV-positive and HIV-negative patients: A matched study. *HIV Med [Internet].* octubre de 2021 [citado 18 de diciembre de 2023];22(9). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34324783/>
14. Lk B, Kf K, Se R, Aj D, S, Jj C, et al. HIV and COVID-19: review of clinical course and outcomes. *HIV Res Clin Pract [Internet].* agosto de 2021 [citado 18 de diciembre de 2023];22(4). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34514963/>

15. Errea RA, Wong M, Senador L, Ramos A, Ramos K, Galea JT, et al. Impacto de la pandemia por SARS-CoV-2 en adolescentes que viven con el VIH en Lima, Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2021;153-8.
16. Behm Rosas H. Determinantes económicos y sociales de la mortalidad en América Latina. *Rev Cuba Salud Pública*. junio de 2017;43(2):287-312.
17. Patterson W, Rosenthal M, Rajulu DT. Brief Report: Trends in HIV Mortality in the Context of the COVID-19 Pandemic. *JAIDS J Acquir Immune Defic Syndr*. 1 de octubre de 2023;94(2):91.
18. Afrashteh S, Fararouei M, Ghaem H, Gheibi Z. Factors associated with progression from HIV to death in patients receiving antiretroviral therapy in Southern Iran: a 21-year survival analysis and follow-up study. *HIV AIDS Rev Int J HIV-Relat Probl*. 2023;22(3):189-97.
19. Ministerio de Salud. MINSA. Norma técnica de salud de atención integral del adulto con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). NTS N° 097- MINSA/2018/DGIESP - V.03. [Internet]. Ministerio de Salud del Perú; 2018. Disponible en: <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4479.pdf>
20. Mp PV, Jc AÁ, E MB. COVID-19 and VIH. *Colomb Medica Cali Colomb* [Internet]. 30 de junio de 2020 [citado 18 de diciembre de 2023];51(2). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33012892/>
21. M MV, J B, Mj MG, C D, R M, Mj PE, et al. Similar humoral immune responses against the SARS-CoV-2 spike protein in HIV and non-HIV individuals after COVID-19. *J Infect* [Internet]. marzo de 2022 [citado 18 de diciembre de 2023];84(3). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34752819/>
22. Benites C. Acceso a los servicios de salud de las personas viviendo con VIH durante la pandemia COVID-19 [Internet]. Ministerio de Salud; 2021. Disponible en: https://rpmesp.ins.gob.pe/public/journals/1/imagenes/Simposio/2021-1/Acceso_servicios_salud_personas_VIH.pdf

23. Giacomelli A, Gagliardini R, Tavelli A, De Benedittis S, Mazzotta V, Rizzardini G, et al. Risk of COVID-19 in-hospital mortality in people living with HIV compared to general population according to age and CD4 strata: data from the ICONA network. *Int J Infect Dis.* noviembre de 2023;136:127-35.
24. Dzinamarira T, Murewanhema G, Chitungo I, Ngara B, Nkambule SJ, Madziva R, et al. Risk of mortality in HIV-infected COVID-19 patients: A systematic review and meta-analysis. *J Infect Public Health.* junio de 2022;15(6):654-61.
25. Pan American Health Organization. VIH/SIDA - OPS/OMS [Internet]. 2022 [citado 19 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/vihsida>
26. Ministerio de Salud del Perú. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades - MINSA [Internet]. 2022. Disponible en: https://www.dge.gob.pe/epipublic/uploads/vih-sida/vih-sida_202211_12_111735.pdf
27. Torres-Urazán D, Cajicá-Martínez G, Valencia-Enciso N, Espinosa-Jovel C. Characterisation and variables associated with mortality in a population with HIV and central nervous system opportunistic infections in a Colombian public hospital in Bogotá. *Neurol Perspect* [Internet]. 1 de julio de 2023 [citado 19 de diciembre de 2023];3(3). Disponible en: <https://www.elsevier.es/en-revista-neurology-perspectives-17-articulo-characterisation-variables-associated-with-mortality-S2667049623000194>
28. Alonso Carballo J, Gómez Gutiérrez M, Pérez Rodríguez A, De La Fe Mora Y. Caracterización clínico-epidemiológica de los pacientes con VIH/SIDA que padecieron COVID-19 en 2021 en Florida - Cuba". *Rev Medica Sinerg.* 1 de junio de 2022;7(6):e824.
29. Cortés CP, Lizana D, Northland R, Wolff R. M, Cortés CP, Lizana D, et al. Evolución de mortalidad, abandono, traslado y retención a corto, mediano

y largo plazo en pacientes con infección por VIH: Fundación Arriarán 1990-2015. Rev Médica Chile. marzo de 2018;146(3):290-9.

30. Sellier P, Alexandre-Castor G, Brun A, Hamet G, Bouchaud O, Leroy P, et al. Updated mortality and causes of death in 2020–2021 in people with HIV: a multicenter study in France. AIDS. 1 de noviembre de 2023;37(13):2007.
31. Haguihara T, Silva M da O, Rebouças MC, Martins Netto E, Brites C. Factors associated with mortality in HIV patients failing antiretroviral therapy, in Salvador, Brazil. Braz J Infect Dis. 1 de mayo de 2019;23(3):160-3.

ANEXOS

ANEXO 1
MATRIZ DE CONSISTENCIA

Título de la Investigación	Pregunta de Investigación	Objetivos de la Investigación	Hipótesis	Tipo y diseño de estudio	Población de estudio y Procesamiento	Instrumento de recolección
Mortalidad y atención integral de pacientes viviendo con VIH/SIDA durante la pandemia de COVID-19 en un Hospital Público de Loreto 2018-2021	¿Existe asociación entre la mortalidad y la atención integral de pacientes viviendo con VIH/SIDA durante la pandemia de COVID-19 en el Hospital Regional de Loreto de Loreto durante el periodo 2018 al 2021?	<p>General</p> <p>Determinar la asociación entre la mortalidad y la atención integral de pacientes viviendo con VIH/SIDA durante la pandemia de COVID-19 en el Hospital Regional de Loreto de Loreto durante el periodo 2018 al 2021.</p> <p>Específicos</p> <p>1) Identificar los casos de mortalidad en los pacientes viviendo con VIH/SIDA en el Hospital Regional de Loreto de Loreto durante el periodo 2018 al 2021.</p>	<p>H0: No existe asociación significativa entre la mortalidad y la atención integral de pacientes viviendo con VIH/SIDA durante la pandemia de COVID-19 en un hospital público de Loreto 2018-2021.</p> <p>H1: Existe asociación significativa entre la mortalidad y la atención integral de pacientes viviendo con VIH/SIDA</p>	<p>Tipo</p> <p>Observacional Analítico Transversal Retrospectivo</p> <p>Diseño</p> <p>No experimental Correlacional</p>	<p>Población de estudio: 57 personas viviendo con el Virus de Inmunodeficiencia Adquirida (PVVS) procedentes del Hospital Regional de Loreto que fallecieron durante los años 2018 al 2021.</p> <p>Procesamiento: paquete estadístico de IBM SPSS Statistics versión</p>	Ficha de registro de mortalidad y atención integral de PVVS.

		<p>2) Describir la atención integral de los pacientes viviendo con VIH/SIDA (características demográficas, clínicas y del tratamiento) en el Hospital Regional de Loreto de Loreto durante el periodo 2018 al 2021.</p> <p>3) Establecer la asociación entre la mortalidad y la atención integral de pacientes viviendo con VIH/SIDA durante la pandemia de COVID-19 en el Hospital Regional de Loreto de Loreto durante el periodo 2018 al 2021.</p>	<p>durante la pandemia de COVID-19 en un hospital público de Loreto 2018-2021.</p>		<p>26.0 para Windows 11 en español junto a la Hoja de Microsoft Excel 2022.</p>	
--	--	---	--	--	---	--



FICHA DE REGISTRO DE MORTALIDAD Y ATENCIÓN INTEGRAL DE PVVS

I. INSTRUCCIÓN: Se marcará con un aspa (X) los datos de todos los pacientes viviendo con VIH/SIDA reportados como fallecidos en el Hospital Regional de Loreto durante el periodo 2018 al 2021.

II. DATOS GENERALES:

Hora :

Fecha :

Mortalidad : 2018-2019 (1)
2020-2021 (2)

III. DATOS ESPECIFICOS

Atención integral	Variables	Valores ¿	Código
Características demográficas	Edad:.....	18-29 años	(1)
		30-59 años	(2)
		60 años a más	(3)
Sexo	Sexo	Masculino	(1)
		Femenino	(2)
Población clave	Población clave	HSH	(1)
		H	(2)
Características clínicas	Años de enfermedad:.....	0 a 9 años	(1)
		10 años a más	(2)
	Diagnóstico inicial:.....	2018-2019	(1)
		2020-2021	(2)
	Carga viral	Carga viral	<500 copias ARN
500-40 000 copias ARN			(2)
>40 000 copias ARN			(3)
Sin registro			(4)
Coinfección TBC	Coinfección TBC	Si	(1)
		No	(0)
Características del tratamiento	Inicio tratamiento antirretroviral	0 a 4 años	(1)
		5 años a más	(2)

	Esquema de tratamiento	ABC+3TC+EFV Otros	(1) (2)
	Abandono al tratamiento	Si No	(1) (0)

Observaciones:

.....
.....

Firma del Investigador