

Discutiendo estrategias para la continuidad en la atención de personas que viven con VIH (PVV) en el contexto de la pandemia por SARS CoV 2 (COVID-19)

Discussing strategies for continuity in the care of people who live with HIV (PLHIV) in the context of SARS CoV 2 pandemic (COVID-19)

Correspondencia

Rubén Darío Vásquez Becerra
ruben_dariovb@yahoo.es

Recibido: 01-04-2022

Aprobado: 01-10-2022

Citar como: Vásquez, RD, Vera, A, Terán, R, Benites, C. Discutiendo estrategias para la continuidad en la atención de personas que viven con VIH (PVV) en el contexto de la pandemia por SARS CoV 2 (COVID-19). *Acta Med Peru.* 2022;39(3): 316-7. doi: <https://doi.org/10.35663/amp.2022.393.2359>

Este es un artículo Open Access publicado bajo la licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional. (CC-BY 4.0)



Rubén D. Vásquez^{1,a}; Ana Vera^{2,b}; Rosa Terán^{1,2,a}; Carlos Benites^{3,a}.

¹ Hospital María Auxiliadora.

² Equipo Técnico - Dirección de Prevención y Control de VIH/ITS/Hepatitis – Ministerio de Salud.

³ Director Ejecutivo - Dirección de Prevención y Control de VIH/ITS/Hepatitis – Ministerio de Salud.

^a Médico especialista en Enfermedades Infecciosas y Tropicales.

^b Licenciada en Periodismo.

La pandemia de COVID-19 obligó a los Estados a implementar estrategias a fin de contener la creciente dispersión de la infección; estas medidas ocasionaron dificultades para el acceso a servicios de salud a pacientes con enfermedades distintas a la COVID-19, sobre todo a la población más vulnerable y desatendida de la sociedad^[1]. Ministerio de Salud reveló que para el 2020 por la pandemia de COVID-19, disminuyeron en un 34% los tamizajes para diagnóstico de VIH, aumentaron en un 17% los abandonos al Tratamiento Antirretroviral (TAR) y se dejaron de iniciar el TAR en un 40% de pacientes, respecto al 2019 (Benites, 2021)^[2].

Limitaciones en la atención de personas que viven con VIH (PVV) durante la pandemia por SARS Cov2

• Factores relacionados a los pacientes:

Nosotros pensamos que la alta mortalidad de pacientes por COVID-19 generó temores e incertidumbres en la población para acceder a los servicios de salud. Los pacientes no acudían a los establecimientos porque reconocían en ellos fuentes potenciales de adquisición y transmisión de SARS CoV2; así mismo, la extensión del confinamiento hizo que los pacientes perdieran sus empleos y vieron suspendidas sus coberturas de salud, quedando suspendidas sus atenciones de salud; finalmente, los pacientes que al inicio de la pandemia se encontraban lejos de sus lugares de residencia no podían acceder a sus establecimientos donde reciben TAR, por restricciones en la movilización y libre tránsito.

• Factores relacionados a las instituciones prestadoras de salud:

Las atenciones de pacientes con COVID-19 al inicio de la pandemia, fueron centradas en los establecimientos del tercer nivel de complejidad (Hospitales COVID). El colapso de hospitales obligó a reacondicionar otras áreas disminuyendo aquellas destinadas para atención de emergencias no COVID, atención ambulatoria y hospitalización de pacientes con enfermedades crónicas^[3].

Las brechas en recursos humanos se acrecentaron al desplazar el personal de salud de servicios de atención de enfermedades crónicas a áreas de atención de COVID-19; finalmente, parte del personal de salud de los establecimientos y que presentaba factores de riesgo para formas severas de COVID-19 fueron aislados preventivamente en sus domicilios y realizaron solo trabajo remoto^[4]. Estas condiciones ocasionaron una reducción en recursos humanos hasta en un 30% en promedio, sin considerar las pérdidas de recursos humanos por fallecimiento^[5].

Propuestas de estrategias para la atención de las PVV en el Perú en el contexto de la pandemia

• Centros de atención especializada en VIH en el tercer nivel de atención

Existen, aproximadamente, 205 establecimientos de salud que brindan TAR siendo el 83% establecimientos del tercer nivel de atención. Según el Ministerio de salud ⁽⁶⁾, el 77% de los pacientes en TAR, presentan cargas virales <1,000 copias/ml y están inmunológicamente estables, pudiendo ser atendidos en establecimientos del primer nivel de atención. Nosotros proponemos que la atención en el tercer nivel debería orientarse a pacientes con inmunosupresión severa, pacientes con infecciones oportunistas activas severas y pacientes con múltiples co-morbilidades. Este nuevo enfoque permitiría una desconcentración de la atención de los pacientes y mejoraría la oportunidad en la atención de pacientes con enfermedad avanzada y/o compleja.

• Centros de atención para PVV en el primer nivel

Para el éxito de esta estrategia, se debería priorizar establecimientos de salud en el primer nivel y contar con personal de salud entrenado. Sin embargo, es imprescindible establecer una red de soporte a través de un establecimiento de tercer nivel de su misma jurisdicción. Si un paciente requiere atención en un establecimiento de salud de mayor complejidad, estos deben seguir los flujos de atención establecidos según el modelo de atención de Redes Integradas en Salud.

• Centros de dispensación de TAR

Existen diferentes modalidades de dispensación de medicamentos antirretrovirales que se han implementado en el mundo ⁽⁷⁾. Los centros de dispensación de TAR, pueden ser establecimientos de salud del primer nivel de atención o centros comunitarios de dispensación de TAR, previamente evaluados y calificados por el Minsa. Estos estarían dirigidos a pacientes con buen estado inmunológico, supresión virológica y con buena adherencia, demostrada por su historial de comportamiento y retención en el establecimiento de salud donde reciben atención.

• Teleconsulta y telemonitoreo

Existen recomendaciones internacionales para mantener la teleconsulta, aun cuando no exista transmisión comunitaria del SARS Cov2. Márquez J.R, en su artículo "Teleconsulta en la pandemia por Coronavirus: desafíos para la telemedicina pos-COVID-19 (Abril, 2020)", concluye que la teleconsulta llegó para quedarse y proporcionar a los pacientes una atención más conveniente y costo-efectiva⁽⁸⁾.

El Minsa reportó que solamente el 25,5% (2,108) de las instituciones prestadoras de servicios de salud en el Perú integran la Red Nacional de Telemedicina. Sin embargo, aún no se despliegan masivamente las diferentes herramientas basadas en Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC)⁽⁹⁾. Considerando el avance tecnológico actual y el acceso a mejores sistemas de comunicación, se debe promover la implementación de estos sistemas en los establecimientos de salud para el seguimiento de pacientes con enfermedades crónicas estables.

CONCLUSIONES

La emergencia sanitaria por la COVID-19 ha generado efectos negativos en el acceso a la salud a las PVV; para disminuir su impacto, es importante ampliar la base de oferta de atención a las PVV a través de la desconcentración de la atención hacia el primer nivel y a aliados comunitarios, así como la implementación activa de la telesalud.

Contribuciones de los autores

RDV y AV estuvieron involucrados en la revisión de la literatura y escritura del artículo. RDV, AV, RT y CB estuvieron involucrados en el planteamiento del artículo y la revisión crítica de este. Todos los autores verificaron la versión final del artículo.

Conflicto de interés: Ninguno.

Financiamiento: Ninguno.

ORCID

Ana Vera, <https://orcid.org/0000-0003-2416-0175>

Carlos Benites, <https://orcid.org/0000-0001-5113-9561>

Rosa Terán, <https://orcid.org/0000-0003-1598-739X>

Rubén Vásquez, <https://orcid.org/0000-0001-7997-8172>

BIBLIOGRAFÍA

- Amimo F, Lambert B, Magit A. What does the COVID-19 pandemic mean for HIV, tuberculosis, and malaria control? *Trop Med Health*. 2020 May 13;48:32. doi: 10.1186/s41182-020-00219-6.
- Benites, C (2021, Mayo). Situación del VIH en el Perú. Reunión de capacitación virtual realizado por la Dirección de Prevención y Control de VIH/ITS/Hepatitis. Ministerio de Salud del Perú. https://rpmesp.ins.gob.pe/public/journals/1/imagenes/Simposio/2021-1/Acceso_servicios_salud_personas_VIH.pdf.
- Ministerio de Salud. Protocolo para la atención de personas con sospecha o infección confirmada por coronavirus (2019-nCov). 31 de enero del 2020. <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/505246/resolucion-ministerial-040-2020-MINSA.PDF>.
- Huamán Angulo L. Diagnóstico Situacional del estado de los RHUS. Ministerio de Salud. 2020. <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4940.pdf>.
- Organización Panamericana de la Salud. La respuesta al COVID-19 desde los Recursos Humanos de salud - Intercambio de experiencia entre países de América del Sur. [Internet]. 2020. Available from: <https://www.campusvirtualsp.org/es/webinar/la-respuesta-al-covid-19-desde-los-recursos-humanos-de-salud-intercambio-de-experiencia>.
- Dirección de Prevención y Control de VIH/ITS -Ministerio de Salud. Estimación del Continuo de Atención de las Personas con VIH hasta el 2017. Informe Técnico Preliminar. 2017. <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4479.pdf>.
- UNAIDS. Pautas para la implementación de la dispensación de medicamentos antirretrovirales para varios meses. 2020. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52951/OPSCDEHSSCOVID-19200037_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
- Portnoy J, Waller M, Elliott T. Telemedicine in the Era of COVID-19. *J Allergy Clin Immunol Pract*. 2020 May;8(5):1489-1491. doi: 10.1016/j.jaip.2020.03.008.
- Curioso Walter H., Galán-Rodas Edén. El rol de la telesalud en la lucha contra el COVID-19 y la evolución del marco normativo peruano. *Acta méd. Peru [Internet]*. 2020 Jul [citado 2022 Oct 27]; 37(3): 366-375. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172020000300366&lng=es.http://dx.doi.org/10.35663/amp.2020.373.1004.