



Lugar y Fecha: Montevideo 15 de noviembre del 2022

Entrega final de Monografía

Impacto en la calidad asistencial durante la pandemia de la enfermedad COVID-19

Perspectiva de las personas que viven con VIH y de quienes los asisten

Bogarín, Eloísa¹, Panfilo, Miguel¹, Pino, Lucía¹, Ruiz, Martina¹, Stronatti, Paula¹, Tomasich, Laureana¹, Melina Rubiños², Elisa Cabeza³, Daniela Paciel³, Zaida Arteta³

Ciclo de Metodología Científica II - 2022 - Grupo 61

Cátedra de Enfermedades Infecciosas.

Facultad de Medicina, Universidad de la República, Montevideo, Uruguay.

¹ Ciclo de Metodología Científica II 2022 - Facultad de Medicina Universidad de la República, Montevideo, Uruguay.

² Ex Asistente Clínica Médica 2 - Hospital Pasteur - Facultad de Medicina-Universidad de la República, Montevideo, Uruguay.

³ Cátedra de Enfermedades Infecciosas - Facultad de Medicina-Universidad de la República, Montevideo, Uruguay.

ÍNDICE

RESUMEN	3
INTRODUCCIÓN	4
OBJETIVOS	7
METODOLOGÍA	8
RESULTADOS	10
DISCUSIÓN	14
LIMITACIONES DEL ESTUDIO:	18
CONCLUSIONES	18
PERSPECTIVAS A FUTURO	19
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	19
Anexo 2: Encuesta a médicos	26
Anexo 3: Folleto invitando a la participación de los pacientes	29
Anexo 4: Consentimiento informado a pacientes	29
Anexo 6: Tabla Chi Cuadrado para comparar medidas adoptadas durante la pandemia con la auto percepción de riesgo de los pacientes	31
Anexo 7: Tabla Chi Cuadrado para comparar la percepción de la frecuencia de las consultas en ambos grupos encuestados	32

RESUMEN

Introducción: La pandemia por la COVID-19 ha marcado un antes y un después en la atención de los pacientes, donde la pandemia ha tenido un impacto en la asistencia y su calidad, siendo los pacientes con enfermedades crónicas un grupo particularmente afectado.

Objetivo: Conocer la percepción del impacto en la calidad asistencial en los pacientes con VIH y de quienes los asisten en diferentes centros de salud del subsector público y privado en Montevideo comparando el período pre y post pandemia.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio multicéntrico observacional, descriptivo de tipo transversal donde se diseñaron encuestas para los dos grupos estudiados: pacientes y médicos. Se realizaron 46 encuestas a usuarios de los centros asistenciales incluidos en la investigación. Para el análisis estadístico se utilizó una base de datos diseñada en Excel y el mismo se realizó a partir de pruebas paramétricas de Chi Cuadrado en función a las variables involucradas.

Resultados: La mayoría de los pacientes mantuvo la frecuencia de las consultas antes y durante la pandemia. En cuanto a los 40 médicos encuestados, la mayoría consideró que el número de consultas fue menor que en periodo pre pandemia.

Conclusiones: La percepción de la población que vive con VIH en referencia a la calidad asistencial durante la pandemia por SARS-CoV-2 fue positiva, la misma no se vio perjudicada por los cambios. La herramienta de consultas telefónicas fue de utilidad para la mitad de los pacientes y médicos incluidos en este estudio, quienes están de acuerdo con que se mantenga como herramienta a futuro.

Palabras clave: VIH, COVID-19, calidad asistencial, percepción.

ABSTRACT

Introduction

The COVID-19 pandemic has marked a turning point in patient care, where it has had an impact on assistance and the quality of it, being the chronically ill patients a particularly affected group. Thus, the objective of this work was to study the perception of the impact on the quality of care in HIV patients and their carers in different public and private health facilities in Montevideo, comparing the pre and post-pandemic periods.

Materials and methods

A multicentric observational, descriptive, and transversal study was carried out where surveys were designed for both study groups: patients and medics. The statistical analyzes were Chi-square tests and for them, an Excel-generated database was used.

Results

Most surveyed patients kept the consultation frequency before and after the pandemic. Regarding the 40 surveyed medics, most considered that the number of consults was lesser than in the pre-pandemic period.

Conclusions

The surveyed HIV population showed a positive perception regarding the quality of assistance during the SARS-CoV-2 pandemic. Telemedicine was reported to be of use by half of the patients and medics included in this study who agree on maintaining it as a tool in the future.

Key words: HIV, COVID-19, quality of assistance, perception

INTRODUCCIÓN

Los Coronavirus son una subfamilia de virus de ARN, pertenecientes a la familia *Coronaviridae*. Estos son causa frecuente de infecciones respiratorias altas, pudiendo, en un menor porcentaje, infectar el tracto respiratorio inferior, dando lugar a manifestaciones de mayor severidad. Las infecciones desencadenadas por estos virus se han descrito desde la década del 60, dejando en evidencia la larga data de su circulación comunitaria. A lo largo de la historia, se han identificado diversos tipos de coronavirus. Hace 15 años, se identificaron 2 nuevos tipos, el del síndrome respiratorio agudo severo (SARS-CoV) en el año 2002, y el del síndrome respiratorio del Medio Oriente (MERS-CoV) en el 2012, dando lugar a brotes epidémicos (1).

Entonces, ¿por qué luego de ocho años volvemos a hablar de coronavirus? En los últimos meses del 2019, se identificaron casos de neumonía con síndrome respiratorio agudo (SAR) en Wuhan, China, de causa desconocida. En la investigación etiológica se identificó un nuevo tipo de coronavirus, que se denominó SARS-CoV-2. El primer caso de SARS-CoV-2 fue reportado el 31 de diciembre de 2019, y el 20 de enero del 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió a la enfermedad causada por el virus emergente como COVID-19. La rápida diseminación del virus determinó que el 30 de enero de 2020 la OMS declarara una emergencia sanitaria a nivel internacional, y el 11 de marzo del mismo año, se caracterizó como pandemia (2).

Al igual que otros virus del tracto respiratorio, el SARS-CoV-2 se transmite a través del contacto con secreciones y mediante gotitas de Flügge. Por lo tanto, la transmisión se establece mediante el contacto, persona a persona, a través de fomites contaminados con secreciones respiratorias y recientemente se ha documentado la vía aérea (2). La alta transmisibilidad del virus, configuró el pilar fundamental para que se expandiera a nivel mundial. Las presentaciones clínicas de la COVID-19 han sido muy variadas, presentándose desde formas asintomáticas, infecciones respiratorias altas hasta neumonitis con insuficiencia respiratoria e incluso muerte. La pandemia de COVID -19 ha generado más de 6,61 millones de muertes a nivel mundial en lo que va de su transcurso superando las muertes relacionadas con la infección por VIH, tuberculosis y malaria (3) (4).

Desde que se declaró la emergencia sanitaria por SARS-CoV-2 el 13 de marzo de 2020, en Uruguay hasta la fecha del último informe reportado correspondiente a la semana del 30 de octubre al 5 de noviembre se han descrito 991.219 casos confirmados acumulados, con 7.526 fallecidos acumulados (5).

En estos últimos 2 años la pandemia por COVID-19, ha tenido consecuencias en la sociedad no solo a nivel sanitario individual y colectivo, si no también a nivel social, laboral y económico. Así mismo destacamos el estrés sin precedentes al que se ha expuesto al sistema sanitario, el

cúal se ha abocado a la mitigación de la enfermedad, re distribuyendo personal capacitado para la atención directa e indirecta de los pacientes con COVID-19. Esta redistribución generó menor número de recursos humanos para la atención de otras patologías (5). A este hecho se suma el aumento de la carga asistencial y la exposición laboral del personal. Uno de los grandes desafíos durante la pandemia consistió en mantener la asistencia sanitaria a toda la población, en un sistema de salud saturado (6).

Dentro de las medidas establecidas para intentar reducir la transmisibilidad del virus se destacaron el uso de mascarilla facial, aislamiento social y la modificación de diferentes actividades transicionando la presencialidad a la modalidad virtual (6).

La demanda de recursos humanos e infraestructura, sumado a las medidas sanitarias establecidas, determinaron la necesidad de reducir las consultas ambulatorias del primer nivel de atención presenciales y modificando su modalidad hacia las teleconsultas, lo que determinó múltiples dificultades en la operacionalización de las mismas tanto para pacientes, personal de salud y los prestadores de salud (6).

Dentro de las medidas de autocuidado, algunas de ellas se establecieron como obligatorias en determinados ámbitos, realizándose especial hincapié en el cuidado de poblaciones con mayor vulnerabilidad, tales como la edad avanzada, presencia de comorbilidades, como diabetes, enfermedad cardiovascular, hipertensión arterial e infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) (6). En este sentido, haremos especial énfasis en la convergencia de la infección por COVID-19 y VIH.

La infección por VIH es una enfermedad causada por un virus del género *Lentivirus* y de la familia *Retroviridae*. Los lentivirus se caracterizan por largos períodos de incubación duración de la enfermedad. Existen dos subtipos, VIH-1 y VIH-2, siendo el subtipo VIH-1 el responsable de la mayoría de las infecciones a nivel mundial, y el endémico en Uruguay (7) (8).

La transmisión del virus se da a través de la exposición a fluidos corporales que contienen el virus como puede ser sangre, semen, fluidos vaginales y leche materna. La vía de transmisión más común son las relaciones sexuales sin métodos de barrera. Otras menos frecuentes son a través del uso de jeringas compartidas para el uso recreacional de drogas intravenosas, exposiciones ocupacionales y transmisión vertical (7).

El VIH afecta principalmente los macrófagos y los linfocitos T CD4 + afectando directamente al sistema inmunitario, pudiendo progresar al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) en caso de no mediar tratamiento. La inmunosupresión desencadenada por la infección predispone a las personas a presentar enfermedades denominadas “oportunistas” (7).

De acuerdo con el último informe realizado por el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (UNAIDS) en 2021, hay 38 millones de personas que viven con VIH en el

mundo, 690.000 de los cuales murieron por causas relacionadas en 2019 (9).

En 1983, se describe el primer caso en Uruguay; actualmente se estima que hay 14.080 personas viviendo con VIH, de las cuales aproximadamente el 81% conocen su estado serológico. Uruguay mantiene un patrón epidemiológico con prevalencias en población general menores al 1% y en poblaciones de mayor vulnerabilidad llamadas poblaciones clave mayores al 5% (8).

En marzo del 2020, el “Centers for Disease Control and Prevention (CDC)” advierte que las personas con infección por VIH podrían configurar una población de riesgo para el desarrollo de manifestaciones severas por COVID-19 (10) (11).

Inicialmente se planteó la posibilidad de peor evolución clínica en pacientes con infección por VIH inmunodeprimidos. Sin embargo, la presencia de comorbilidades con mayor prevalencia en pacientes VIH positivos como la hipertensión arterial, cardiopatía isquémica y diabetes sumado a la vulnerabilidad social de los mismos, podría llegar a ubicarlos en un grupo de particular riesgo. La evidencia disponible sugiere que pacientes VIH positivos que cursaron COVID-19 y se encontraban en terapia antirretroviral (TARV), con carga viral (CV) suprimida y recuento de células CD4 >200/mm³ no presentaron diferencias en los resultados clínicos con respecto a la población general en cuanto a severidad de la COVID-19 (11).

Independientemente de estos aspectos mencionados, la población VIH, al igual que otros pacientes con enfermedades crónicas, debieron continuar con el seguimiento ambulatorio asistiendo a consultas médicas, retiro de medicación y extracción de pruebas de laboratorio.

En relación con ello se puede definir como Sindemia, debido a la coexistencia de dos o más epidemias, que interaccionan sinérgicamente entre sí para producir un incremento de la carga de enfermedad en una población (10) (12) (13).

El acceso al sistema de salud es un aspecto fundamental para los pacientes VIH positivos, en los cuales el acceso y adherencia a la TARV es el pilar fundamental para garantizar una reducción de la morbimortalidad y una mejora en la calidad de vida. Las medidas instaladas en la pandemia, como la telemedicina, tuvieron un importante rol para intentar sortear las dificultades y garantizar la continuidad de los controles. Sin embargo, las inequidades sociales fueron una barrera para una gran parte de la población, en quienes el acceso a la tecnología y los conocimientos necesarios no fueron suficientes. La información es escasa acerca de los controles de la infección por VIH cuando la telemedicina era la única opción disponible (11).

A su vez, se desconoce la capacidad de la telemedicina de alcanzar a los grupos de pacientes de mayor riesgo de ausencias frecuentes o que no logran la continuidad de los controles incluso en la presencialidad, por ejemplo personas que tienen un difícil acceso al sistema de salud, que

se encuentren en situaciones de abuso de sustancias, pacientes con patologías de la esfera de salud mental, con extrema vulnerabilidad social y personas en situación de calle, entre otras.

El impacto económico y el aumento de la tasa de pobreza en relación a la pandemia, ha incrementado la dificultad en el acceso al sistema sanitario y por lo tanto pudo haber influido en la progresión de la infección por VIH de estos pacientes (11).

Una atención sanitaria de calidad implica que la atención esté centrada en el paciente, incentivando un rol activo. Creemos fundamental conocer y entender la percepción de los pacientes y médicos, en lo referente a la asistencia durante la pandemia, para poder modificar, mejorar, implementar o incluso eliminar las medidas instaladas. Estos primeros datos podrían sentar bases para nuevos protocolos de atención tanto para el personal como para las instituciones, que sean beneficiosos para todas las partes y específicamente para el paciente.

OBJETIVOS

➤ Objetivo general:

Caracterizar el impacto de la pandemia por la COVID-19 en la calidad asistencial, utilizando parámetros subjetivos, de las personas con infección por VIH asistidos en el primer nivel de atención del sub- sector público y privado, así como también de médicos que asisten personas VIH positivas y VIH negativas.

➤ Objetivos específicos:

- Evaluar la percepción general de los pacientes VIH positivos de la calidad asistencial en el primer nivel de atención durante la pandemia, en comparación con el período pre pandemia.
- Percepción de la calidad asistencial desde la perspectiva del paciente, mediante parámetros de autopercepción de riesgo por COVID-19, conductas adoptadas, utilidad de la consulta telefónica y calidad de dichas consultas.
- Valorar la percepción a la adherencia a los controles y al retiro de la medicación antirretroviral (TARV) de pacientes con infección por VIH asistidos en el primer nivel de atención.
- Conocer si prefieren continuar con alguna de las medidas implementadas en el período de pandemia COVID-19.
- Evaluar la percepción del personal médico con respecto a la calidad asistencial brindada durante la pandemia en comparación con el periodo pre pandemia.

METODOLOGÍA

Diseño de estudio:

Se propone realizar un estudio multicéntrico observacional, descriptivo de tipo transversal. Se incluyeron pacientes que se asisten en dos instituciones del sub sector privado y dos instituciones del sub sector público y los médicos que ejercieron asistencia directa durante la emergencia sanitaria.

Población de estudio:

- Pacientes mayores de 18 años con infección por VIH diagnosticada previo a marzo del 2019, en instituciones tanto del sub sector público y privado de Montevideo, Uruguay.
- Médicos que ejerzan en el subsector público y privado de Montevideo, Uruguay, con al menos 5 años de ejercicio previos al inicio de la pandemia.

Criterios de inclusión:

- Ambos sexos biológicos.
- Mayores de 18 años.
- Pacientes VIH positivos que se asisten en el primer nivel de atención del sub- sector público y privado que hayan aceptado participar del estudio previo consentimiento informado.
- Infección por VIH con al menos 6 meses de seguimiento.
- Médicos que brindan asistencia en el subsector público y privado de Montevideo, con al menos 5 años de ejercicio previos al inicio de la pandemia, dispuestos a colaborar con el estudio.

Criterios de exclusión:

- Menores de 18 años o personas que no sean capaces de consentir.
- Pacientes y Médicos que no otorguen su consentimiento para la participación en el estudio.
- Infección por VIH con menos de 6 meses de seguimiento.
- Médicos con menos de 5 años de ejercicio profesional.
- Médicos que no ejerzan en los centros donde se realizará la investigación.

Muestra:

Se realizó un muestreo por conveniencia, debido a que, para acceder a la población objetivo, nos centramos en pacientes asistidos en las instituciones donde ejercen las orientadoras de

este trabajo.

La selección fue de pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de infección por VIH previo a Marzo del 2019 con al menos 6 meses en seguimiento que concurren a las policlínicas del Hospital Pasteur, Hospital Español, Asociación Española y Cossem, asistidos por la Dra Zaida Arteta y Dra. Elisa Cabeza en el departamento de Montevideo, Uruguay.

A su vez, se realizó la selección de médicos que asisten en dichos centros, tanto a pacientes con diagnóstico de infección por VIH, como a otros pacientes portadores de otras enfermedades crónicas.

Tamaño muestral y procedimiento del muestreo:

Se realizó un muestreo por conveniencia. El número de pacientes encuestados (46) dependió de las policlínicas que se pudo alcanzar y de cuantos pacientes aceptaron voluntariamente participar de la encuesta en el período de tiempo en el que se realizó el estudio. Debido a que fueron 4 centros, se buscó encuestar al menos una policlínica por centro. Se procedió a realizar las encuestas tanto en los pacientes como en los médicos en un período de 6 semanas. Inicialmente se estimaron 32 consultas totales para los 4 centros, obteniendo finalmente 46 encuestados, para un mínimo propuesto de 40.

Con respecto al tamaño muestral de los médicos, el mismo dependió de cuantos aceptaron participar del estudio en el periodo de tiempo estipulado.

Recolección de datos y fuentes de información:

La recolección de datos se basó en la valoración del impacto a partir de aspectos subjetivos sobre percepción, para ello se procedió a partir de una fuente primaria mediante la realización de una encuesta personal con preguntas cerradas y semiabiertas a personas con VIH (ver anexo 1) y a los médicos que los asisten (ver anexo 2).

Los pacientes fueron invitados a participar del trabajo a través de folletería presentados en las salas de espera de las policlínicas de las instituciones seleccionadas (ver anexo 3). Al paciente que cumplía con los criterios de inclusión y deseaba voluntariamente participar, se le explicaron las características del estudio y sus derechos como sujeto de investigación. Se les otorgó a dichos participantes el consentimiento informado (ver anexo 4).

La encuesta fue irreversiblemente anonimizada, se le adjudicó un número identificatorio y se colocó separada del consentimiento. El consentimiento luego de firmado, se colocó en un buzón. Las encuestas se realizaron en forma presencial. El período de recolección de datos fué de 6 semanas como se mencionó previamente.

Para la participación del personal médico, se realizó una convocatoria por mail desde la Cátedra de Enfermedades Infecciosas, (clinfec@fmed.edu.uy) haciendo partícipes a los centros de salud seleccionados para la investigación, solicitando la participación del personal médico que ejerce en dicha institución, mediante las vías de comunicación que cada servicio consideró correspondiente. Cada médico recibió un link para completar la encuesta. La herramienta utilizada fue Google Form, donde en la primera sección se incluyeron preguntas en base a los criterios de exclusión, para poder seleccionar nuestra muestra objetivo. La misma fue anónima, e incluyó el consentimiento informado en su primera página (ver anexo 5).

Se comenzó la realización de las encuestas a los pacientes una vez obtenido el aval de cada centro. Para dar inicio a las encuestas de los médicos se esperó el aval de todas las instituciones participantes.

Instrumentos de recolección de datos:

- Folletos y pósters informativos invitando a participar del trabajo.
- Encuesta anónima con preguntas cerradas y semiabiertas.
- Google Form.

Plan de análisis de datos:

Los datos relevados fueron ingresados en un formulario de recolección diseñado para tal fin. Se ingresaron en una base de datos diseñada en Excel de acuerdo a la operalización de variables. Se describieron las características generales de los individuos incluidos mediante el cálculo de medidas de tendencia central y dispersión acordes a la distribución de cada variable cuantitativa.

Las variables cualitativas se expresaron en valores absolutos y proporciones.

Las variables vinculadas a la percepción de pacientes y médicos sobre la calidad asistencial son categóricas y por tanto serán expresadas en frecuencias absolutas y proporciones.

Para comparar proporciones, se evaluaron Intervalos de confianza (IC 95%) como método inferencial y se definió test estadístico a utilizar en función de variables involucradas, número de muestras, tamaño e independencia de las mismas Chi cuadrado, Test exacto de Fisher en los casos que lo amerite. La herramienta que se utilizó como software estadístico fue JASP.

RESULTADOS

Se realizaron 46 encuestas presenciales de los usuarios de los centros asistenciales incluidos en la investigación. Del total, 2 de cada 3 son hombres, con una mediana de edad de 43 años, siendo el mínimo 18 años y el máximo 69 años. El diagnóstico de infección por VIH, en $\frac{2}{3}$ de

los pacientes (n=34) se realizó antes del año 2020.

De los pacientes encuestados, más de la mitad pertenecen al subsector público de salud (tabla 1).

Tabla 1. Características de la población incluida y distribución de acuerdo al sub sector al que pertenecen (n=46).

Subsector	Centro	Pacientes (n)	Sexo (n)		Edad ($\mu \pm \sigma$)
			Femenino	Masculino	
Subsector público (n=27)	Hospital Pasteur	14	13	14	43.2 \pm 10.6
	Hospital Español	13			
Subsector privado (n=19)	Asociación Española	11	2	17	42.9 \pm 14.4
	COSEM	8			
	Total	46	15	31	

Del total de pacientes encuestados, 23 se auto percibieron como población de riesgo de mala evolución para la COVID-19; 21 no se consideran población de riesgo y dos casos no contestaron.

Las recomendaciones médicas de cuidado adoptadas frente a la adquisición de SARS CoV-2 se detallan en la tabla 2.

Entre los que se auto percibieron de riesgo todos tomaron al menos 1 de las recomendaciones propuestas, y 21 adoptaron al menos 3.

Entre los que no se consideraron cómo población de riesgo, 10 no adoptaron ninguna de las medidas propuestas, 9 tomaron al menos 3 medidas, y 2 no contestaron a la pregunta. Del total 5 adoptaron todas las medidas propuestas.

De acuerdo a los resultados obtenidos, se aplica test Chi Cuadrado (ver anexo 6) para comparar proporciones de las variables “medidas adoptadas” y “percepción de riesgo”. Se plantea como hipótesis nula (Ho) que el número de medidas adoptadas no depende de la percepción de riesgo por parte del paciente. Al aplicar el test, se observa que el Chi2 observado es mayor que el Chi umbral por lo tanto se rechaza la Ho y se concluye que el número de medidas es dependiente de la percepción del riesgo (Chi2=29,71; gl=8, alfa 0,05; valor p < 0,05).

Como se puede apreciar en la tabla 2, el uso de tapabocas y de alcohol en gel fueron las medidas más adoptadas entre la población encuestada, seguidas por el distanciamiento social y el hecho de evitar aglomeraciones.

Del total de pacientes encuestados, 14 adoptaron todas las medidas propuestas.

Se invitó a los pacientes a responder sobre otras medidas adoptadas, en 3 casos se menciona el teletrabajo y en 2 la vacunación contra el SARS-CoV-2 como medida de prevención válida y adoptada.

Tabla 2. Medidas adoptadas en la pandemia

Medidas propuestas	n
Uso de tapabocas	33
Uso de alcohol en gel	32
Distanciamiento Social	30
Evitar aglomeraciones	30
Evitar compartir el mate	25

Todos los pacientes mantuvieron a su médico de referencia durante la pandemia. De estos, 18 refirieron mantener la frecuencia de sus consultas antes y durante la pandemia, 8 refirieron haber aumentado la frecuencia de las mismas y 13 refirieron tener menor cantidad de consultas respecto al periodo pre pandemia. De estos 13, 8 se atendían en el subsector público y los restantes 5 en el subsector privado. 7 pacientes no contestaron a la pregunta.

Respecto al cambio en la modalidad de las consultas de presencial a telefónicas, 20 de los 34 pacientes diagnosticados previo al 2020, consideraron que el mismo fue beneficioso y la mitad de estos tuvieron una buena o muy buena percepción de la asistencia.

40 de los 46 pacientes encuestados contaban con dispositivo móvil para realizar las consultas con sus respectivos médicos, 3 pacientes no contestaron a la pregunta. 27 refirieron no presentar dificultades para agendar las consultas telefónicas, considerando las mismas como útiles. 22 pacientes prefieren que se continúe implementando la consulta telefónica actualmente. Destacamos que 18 pacientes consideraron perjudicial el cambio de la modalidad de las consultas, aunque de estos ninguno refirió haber tenido una experiencia negativa con las mismas.

De los 3 pacientes que no contaban con dispositivo móvil, todos se asistían en el subsector público. De estos, 2 consideraron que la transición hacia las consultas telefónicas fue perjudicial y refirieron tener menor frecuencia de consultas con respecto al período pre

pandemia.

Con respecto a la medicación brindada hacia este grupo de pacientes, se obtuvo que 42 de 46 pacientes recibieron la medicación antirretroviral de forma adecuada. Entre los pacientes que reciben asistencia en el subsector privado, 10 de 19 tuvieron la opción de recibir la medicación en su domicilio; mientras que en el subsector público solo 3 de 27 tuvieron esta posibilidad.

Respecto a la evaluación de la COVID-19 en estos pacientes, 31 de los 46 refirieron no haber cursado la enfermedad en el periodo evaluado en la investigación. De estos, 22 adoptaron al menos 4 de las 6 medidas de prevención propuestas.

En contraposición, 12 pacientes refirieron haber cursado la infección por SARS-CoV 2, de los cuales 9 se consideraban población de riesgo. Entre los que cursaron COVID-19, 2 pacientes requirieron ingreso hospitalario y 1 de ellos expresó que esta infección impactó negativamente en su enfermedad por VIH. En 3 casos no se obtuvo el dato con respecto a dicha evaluación.

Se realizaron 40 encuestas al personal médico, 2 de cada 3 fueron mujeres con una mediana de edad 48 años (mínimo de 27 años y máximo de 65 años). De la totalidad, 16 ejercen su profesión en las mismas instituciones que los pacientes encuestados, y de estos la mitad corresponden al subsector privado y la otra mitad al público.

Del total de médicos encuestados, 32 son especialistas y asisten a pacientes con VIH; dentro de estos la mitad son especialistas en enfermedades infecciosas. Del total de profesionales encuestados, 12 son especialistas en enfermedades infecciosas y 10 médicos de otras áreas, consideraron que la población de personas que viven con VIH fue una población especialmente afectada. 15 entienden que la pandemia tuvo un impacto negativo en la infección por VIH de los pacientes.

38 médicos utilizaron la herramienta de consultas telefónicas y/o videollamadas; de estos la mitad no experimentaron dificultades para las mismas y la misma cantidad consideraron que las consultas telefónicas fueron útiles y expresaron el deseo de que se continúen implementando post pandemia. 3 de cada 4 médicos consideraron que pudieron continuar con el seguimiento de sus pacientes durante la pandemia.

Por otro lado, 18 médicos experimentaron tener dificultades al implementar las consultas telefónicas y de estos 4 no lograron mantener el seguimiento de sus pacientes.

En cuanto a la adherencia a las consultas, 23 médicos consideraron que la misma fue menor

que en el período pre pandemia, mientras que 7 consideraron que fue mayor. De los restantes, 5 refirieron que la adherencia se mantuvo y 5 no contestaron la pregunta.

Al indagar acerca del motivo de este cambio, el más repetido en aquellos que consideraron que la frecuencia fue menor, fue el miedo de los pacientes a la exposición al SARS-CoV-2 durante la pandemia, los profesionales que consideraron que la adherencia fue mayor refirieron que se puede explicar dada la mayor accesibilidad de las consultas telefónicas frente a las presenciales.

Frente a los resultados descritos anteriormente decidimos aplicar test Chi Cuadrado (ver anexo 7) para comparar la percepción de la frecuencia de consultas entre pacientes y médicos. Como hipótesis nula (H_0) se planteó que la frecuencia de controles durante la pandemia comparado al período pre pandemia no depende del grupo encuestado (pacientes y médicos). Al aplicar el test, se observó que el χ^2 observado es mayor que el Chi umbral por lo tanto se rechazó la H_0 y se concluyó que ser médico o paciente influyó en la percepción del número de consultas ($\chi^2=10$; $gl=2$; $\alpha 0,05$; $\text{valor } p < 0,05$).

Con respecto al acceso de los pacientes a la medicación antirretroviral, la mitad de los médicos consideraron que los pacientes no tuvieron dificultad para acceder a la misma, mientras que 7 consideraron que sí la tuvieron. 13 de los médicos no contestaron con respecto a dicha pregunta.

DISCUSIÓN

A más de dos años del comienzo de la pandemia por la COVID-19 aún se continúa investigando sobre la enfermedad, su mecanismo de acción y cómo reducir sus daños. Sin embargo, la información acerca del impacto de la pandemia en la calidad asistencial de poblaciones específicas continúa siendo escasa.

Con respecto a uno de los objetivos específicos del presente estudio, el cual hace referencia a la percepción de riesgo por la COVID-19 en los pacientes VIH positivos, se observó que la mitad de los mismos se percibían como población de riesgo. A pesar de esto, actualmente permanece incierto si el VIH en sí mismo es un factor de riesgo para un curso de mayor gravedad de la COVID-19. La bibliografía es equívoca respecto a este tema, dónde por un lado se encontraron reportes que muestran una similar evolución de la enfermedad por SARS-CoV 2 en los pacientes VIH positivos a la del resto de la población y por otro lado, se discute si la infección por VIH actúa como un factor de riesgo independiente para una peor evolución de la misma(14) . Monroe y colaboradores, reportan que la peor evolución de los pacientes VIH

positivos frente al resto de la población estaría en relación al nivel de recuento de CD4 + y a las comorbilidades asociadas al VIH, por ejemplo la mayor frecuencia de enfermedades cardiovasculares en estos pacientes. A su vez, se reporta que los pacientes con infección por VIH con un recuento de CD4 + por encima de 200 células/ μ L no presentaban un mayor riesgo de mala evolución de la COVID-19 en comparación con la población general (14).

Más allá de la influencia en la gravedad de la COVID-19, la población con infección por VIH, al igual que otras poblaciones portadoras de enfermedades crónicas, deben continuar con el seguimiento de su enfermedad. La asistencia a consultas médicas, el retiro de medicación o la extracción de exámenes de laboratorio, son instancias imprescindibles para el seguimiento de su enfermedad que conllevan a un riesgo incrementado de exposición al SARS CoV-2 dado el mayor contacto con el sistema sanitario. Se podría especular entonces que el riesgo aumentado de adquisición de la COVID-19 podría no estar vinculado directamente a la infección por VIH como enfermedad inmunosupresora en sí, sino al hecho de que esta población podría presentar una mayor exposición (14). Sin embargo, este aspecto no se vio reflejado en los resultados de este estudio, ya que se encontró que del total de pacientes encuestados (n=46), 12 cursaron la enfermedad.

La prevalencia de COVID-19 en la población general a la fecha es de 27.8 % y dentro de la población estudiada es del 26%. Cifra que se aproximó a los resultados de la investigación realizada (15). A pesar de las limitaciones del presente estudio y corresponder a un número reducido de observaciones, no parecería haber una diferencia sustancial en el riesgo de adquirir la enfermedad en la población con VIH positivo con respecto a la población general.

Destacamos que 2 de los 12 pacientes encuestados (16%) requirieron ingreso hospitalario, la tasa de ingreso hospitalario de la población general reportada para julio del 2022 fue de 2.3% (15). Como limitante para poder concluir acerca de los datos obtenidos en el presente estudio, remarcamos que no se valoró el recuento de CD4 + de estos pacientes ni se investigó acerca de otras comorbilidades concomitantes, que nos permitieran discutir si el riesgo de mala evolución en nuestra población se debería al VIH o a otras variables confundentes.

En referencia a las medidas adoptadas para disminuir el riesgo de adquisición del SARS-CoV-2, se encontró una gran adherencia a las mismas tanto de pacientes que se auto percibieron de riesgo, como de aquellos que no. La medida más popular fue el uso de tapabocas, seguida del uso de alcohol en gel. Se considera que esto pudo ser consecuencia de las campañas de mitigación del contagio propuestas por el Ministerio de Salud Pública del Uruguay, instituciones educativas como Administración Nacional de Educación Primaria (ANEP), el Consejo de Educación Secundaria (CES) y la Universidad de la República, entre otros agentes públicos (6).

Una medida fundamental, fue la transición en la educación a las clases “virtuales” mediante

plataformas digitales. El CES y ANEP, a través de sus páginas oficiales, brindaron información sobre el rol de la vacunación, instructivos para mantener una óptima higiene en las instituciones, como también medidas generales de prevención de COVID y otras enfermedades infecciosas (16) (17).

Algunas de las medidas impuestas durante la emergencia sanitaria declaradas por el gobierno para mitigar la transmisión a nivel poblacional, tuvieron carácter de obligatoriedad, como el uso de tapabocas en lugares públicos cerrados (18). Esto junto con la confianza de la población en el sistema sanitario, facilitó la adherencia a las medidas impuestas.

En lo referente a la adherencia a los controles con su médico tratante, todos los pacientes mantuvieron su médico de referencia durante la pandemia y la mayoría mantuvo la frecuencia de sus consultas comparado con el período pre pandemia.

En Uruguay se realizó un estudio entre los años 2020 y 2021 en el Hospital Español (uno de los centros incluidos en esta investigación), acerca de los efectos de las medidas de distanciamiento social por la COVID-19 en el seguimiento clínico de personas con VIH positivo (19). En el mismo se concluye que la pandemia constituyó un problema para el seguimiento de los pacientes ya que se detectó que una cantidad importante de personas no acudieron a realizarse los controles de CV de VIH. A su vez, este descenso en el seguimiento de los pacientes fue consistente, aún instauradas las consultas telefónicas. Cabe destacar que este estudio abarcó el periodo de inicio de la pandemia y por lo tanto las medidas instaladas de distanciamiento social e implementación de consultas telefónicas recién comenzaban a ponerse en práctica con todas las dificultades que esto implicó.

En esta investigación, donde el análisis se contempla desde finales de la pandemia, los resultados respecto a la implementación de la telemedicina reflejaron que a la mayoría de los pacientes les parecieron útiles las consultas a distancia, considerando que el cambio de modalidad fue beneficioso. En acuerdo con lo encontrado en el presente estudio, Hincapié y Gallego (2020) reportaron sobre la implementación y utilidad de la telemedicina durante la pandemia, también detectaron resultados positivos sobre el cambio de modalidad (20).

Cuando se investiga sobre la utilidad en la práctica ambulatoria de la telemedicina se destaca que países como Estados Unidos, Italia e India reportaron buenos resultados en cuanto a la aplicación de la misma. Más aún se evaluó como satisfactoria la implementación de esta medida para el seguimiento de pacientes con otras patologías crónicas (20).

En este estudio, la mitad de los pacientes percibieron la asistencia mediante el formato de consultas telefónicas como buenas o muy buenas.

Con respecto a la accesibilidad a la TARV se observó, tanto en el subsector público como privado, la gran mayoría de los pacientes recibieron la misma de forma adecuada.

Una de las medidas instaladas para facilitar el acceso a la medicación, en el contexto de evitar la concurrencia a espacios con elevado flujo de personas como los centros asistenciales, fue la dispensación de la TARV a domicilio. Entre los pacientes que reciben asistencia en el sub sector privado, en la mayoría se les facilitó esta opción. Sin embargo en el sub sector público una minoría tuvo esta posibilidad real. Esta clara diferencia en un momento epidemiológico de alta vulnerabilidad atenta contra la correcta adherencia al tratamiento. A pesar de ello, ambas poblaciones lograron mantener la adherencia al mismo.

En un estudio publicado en 2021 sobre el impacto de la pandemia por SARS-CoV-2 en la atención de las personas VIH positivas en Guatemala, en el contexto del desarrollo de medidas para minimizar el impacto de la pandemia, se destaca que ONUSIDA y la OMS solicitaron a las autoridades de los países que brinden la TARV durante varios meses a las personas que viven con VIH y que actualmente se encuentran estables (21).

En este estudio se consultó a los pacientes si se les brindó la opción de retirar la medicación por un período mayor que el habitual y más de la mitad expresó que no. Esto refleja que los prestadores de salud en Uruguay no se adhirieron a la recomendación de la OMS, lo que atenta contra la adherencia a la terapia en muchas personas y mayormente en aquellas que se encuentran en extrema vulnerabilidad social, grupo en el cual a su vez no se les ofreció tampoco el envío a domicilio de la misma como una opción válida y generalizada.

Respecto al último objetivo planteado en esta investigación, que se enfoca en conocer la percepción del personal médico de los centros asistenciales y poder contrastarla con la percepción de los pacientes, la mitad de los médicos encuestados consideraron que la población VIH positiva fue una población especialmente afectada durante la pandemia. Este aspecto podría eventualmente investigarse mediante la comparación de parámetros objetivos como la valoración de la CV, el recuento de CD4 + y el retiro de la TARV en el período pre y post pandemia, teniendo en cuenta otras variables confundentes.

Con respecto al uso de las consultas telefónicas y/o videollamada en la población de médicos encuestados, la mayoría consideraron que fue una herramienta beneficiosa de gran utilidad. Al igual que en los pacientes, se obtuvo que en ambos sectores de la población fue beneficiosa la implementación de dicha herramienta, a pesar de que la mitad refirieron experimentar dificultades al implementarlas.

En el estudio anteriormente mencionado, realizado por la Dra Saavedra, se concluyó que la pandemia constituyó un problema para el seguimiento de los pacientes (19). Sin embargo, estos resultados difieren con los encontrados en nuestra investigación, donde tanto la mayoría de los médicos como de los pacientes refirieron no presentar dificultades a la hora de mantener su seguimiento. Destacamos que una diferencia sustancial entre ambas investigaciones, es que la

investigación citada se basó en datos objetivos y abarcó el período inicial de la pandemia, cuando las instituciones y los pacientes se estaban comenzando a adaptar a la nueva situación epidemiológica.

Respecto a la adhesión a las consultas, fue detectada una discordancia entre lo reportado por médicos y pacientes. Los pacientes no detectaron diferencias en la frecuencia de las mismas entre los periodos pre pandemia y durante la pandemia.

Sin embargo, la mitad de los médicos reportaron que los pacientes tuvieron una menor adhesión a las mismas durante la pandemia. Dentro de esto la mayoría alegó que el cambio identificado pudo deberse al miedo de los pacientes a la exposición viral.

Este resultado está en consonancia con lo descrito por Rick (2021) que en un estudio realizado en cuatro continentes con el objetivo de describir el impacto de la pandemia de COVID-19 en las pruebas y tratamiento de VIH, encontraron reducciones del 7,14% y 24,31% en el número de consultas en 2020 respecto a 2019 en países de África y América Latina respectivamente (22).

LIMITACIONES DEL ESTUDIO:

La información se obtuvo a partir de centros ubicados en la ciudad de Montevideo, sin incluir pacientes asistidos en centros del interior del país.

Otra limitante es que se trató de un estudio de percepción en el cual no se logró caracterizar de forma objetiva las variables medidas.

El periodo en el que se realizó la investigación fue acotado y la muestra obtenida fue pequeña, por lo tanto los resultados y la discusión se analizan con números brutos. La obtención de la misma fue realizada por conveniencia.

El cuestionario realizado no fue estandarizado.

No se logró caracterizar factores de riesgo presentes en nuestra población para presentaciones graves de COVID-19.

CONCLUSIONES

La percepción de la calidad asistencial de la población que vive con VIH incluida en este estudio, durante la pandemia por SARS-CoV-2, fue en general positiva y no se vio perjudicada por los cambios que necesariamente tuvieron que implementarse.

Los pacientes incluidos en este estudio, refirieron haber mantenido la frecuencia de los controles con respecto al periodo pre pandemia, mientras que gran parte de los médicos

puntualizaron lo contrario, haciendo referencia al miedo a la exposición como principal motivo de este cambio.

El cambio en la modalidad de las consultas presenciales a consultas telefónicas, fue de utilidad para la mitad de los pacientes y médicos incluidos en este estudio, quienes refirieron preferir que se mantenga como herramienta a futuro.

Los pacientes pertenecientes al subsector privado del presente estudio tuvieron mayores facilidades en la accesibilidad a la TARV respecto al sub sector público.

PERSPECTIVAS A FUTURO

- Estos resultados están a favor de continuar con el formato de teleconsultas, más allá de la pandemia, a forma de complementar y no sustituir las consultas en persona, hecho que fue apoyado por la mitad de nuestros pacientes encuestados. En este sentido parece ser necesario identificar las barreras para un correcto funcionamiento de las mismas y mitigarlas con el fin de homogeneizar las mismas entre la población toda en su conjunto.
- Los futuros estudios deben enfocarse en valorar si el control mediante telemedicina, logra cifras de supresión viral, de igual o mayor manera que en las consultas presenciales, traducándose en una reducción de la morbimortalidad y de la transmisión de la enfermedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Yang D, Leibowitz JL. The structure and functions of coronavirus genomic 3' and 5' ends. *Virus Res* [Internet]. 2015;206:120–33. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.virusres.2015.02.025>
2. Reyes Baque JM, Bueno Jiménez RN, Martillo Álvarez ML. COVID-19 y VIH/SIDA: implicaciones clínicas y epidemiológicas. Revisión Sistemática. *Kasmera* [Internet]. 27 de septiembre de 2021 [citado 10 de noviembre de 2022];49(Supl 1):e49S136008. Disponible en: <https://produccioncientificaluz.org/index.php/kasmera/article/view/36008>
3. Bokolo AJ. Exploring the adoption of telemedicine and virtual software for care of outpatients during and after COVID-19 pandemic. *Ir J Med Sci* [Internet]. 2021;190(1):1–10. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s11845-020-02299-z>
4. Manta, B, Sarkisian, A, García-Fontana, B y Pereira-Prado, V. "Fisiopatología de la enfermedad COVID-19". *Odontoestomatología*. [en línea] 2022 v.24 .DOI: 10.22592/ode2022n39e312.

5. Plan Nacional Coronavirus [Internet]. Ministerio de Salud Pública. [citado 26 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/coronavirus>
6. Hamlet Suarez. IMPACTO SECUELAR EN SALUD DE LA EPIDEMIA POR SARS-COV-2 EN URUGUAY. Disponible en: https://medios.presidencia.gub.uy/llp_portal/2021/GACH/INFORMES/post-no-covid.pdf
7. Fanales-Belasio E, Raimondo M, Suligoi B, Buttò S. HIV virology and pathogenetic mechanisms of infection: a brief overview. Ann Ist Super Sanita [Internet]. 2010;46(1):5–14. Disponible en: http://dx.doi.org/10.4415/ANN_10_01_02
8. Informe Situación epidemiológica del VIH/SIDA en Uruguay 2021 | Ministerio de Salud Pública [Internet]. [citado 26 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/noticias/informe-situacion-epidemiologica-del-vihsida-uruguay-2021>
9. Unaid.org. [citado el 15 de noviembre de 2022]. Disponible en: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC3032_AIDS_Data_book_2021_En.pdf
10. Shiao S, Krause KD, Valera P, Swaminathan S, Halkitis PN. The burden of COVID-19 in people living with HIV: A syndemic perspective. AIDS Behav [Internet]. 2020;24(8):2244–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s10461-020-02871-9>
11. Chenneville T, Gabbidon K, Hanson P, Holyfield C. The impact of COVID-19 on HIV treatment and research: A call to action. Int J Environ Res Public Health [Internet]. 2020;17(12):4548. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph17124548>
12. Banegas Carballo KM, Erazo K. Coinfección por VIH y COVID 19: Reporte de Serie de Casos. Rev cient Esc Univ las Cienc Salud [Internet]. 2021;7(2). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5377/rceucs.v7i2.12619>
13. Broli Fabiana, Arbelo Virginia, Perendones Mercedes, Dufrechou Carlos. Aspectos de interés clínico epidemiológico en las infecciones respiratorias de pacientes VIH/SIDA. Arch. Med Int [Internet]. 2014 Mar [citado 2022 Nov 10] ; 36(1): 3-6. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2014000100002&lng=es.
14. Monroe AK, Xiao J, Greenberg AE, Levy ME, Temprosa M, Resnik JB, et al. Risk of severe COVID-19 disease and the pandemic’s impact on service utilization among a longitudinal cohort of persons with HIV-Washington, DC. AIDS Behav [Internet]. 2022;26(10):3289–99. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s10461-022-03662-0>

15. Visualizador de casos de coronavirus COVID-19 en Uruguay. Sistema Nacional de Emergencias del Uruguay. [citado el 13 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.gub.uy/sistema-nacional-emergencias/pagina-embebida/visualizador-casos-coronavirus-covid-19-uruguay>
16. La Universidad frente al Coronavirus. Universidad de la República. [citado el 13 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://coronavirus.udelar.edu.uy/>
17. Protocolo de aplicación para actividades presenciales de estudiantes en centros educativos públicos y centros habilitados o autorizados en el marco de la pandemia Covid 19 durante el año lectivo 2021. Comunicado de ANEP por COVID 19. Dirección General de Educación Secundaria. [citado el 13 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.ces.edu.uy/index.php/liceos/29877-comunicados-de-codicen-por-covid-19>
18. Recomendaciones y protocolos relacionados a covid-19 [Internet]. Ministerio de Salud Pública. [citado el 10 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/recomendaciones-protocolos-relacionados-covid-19>
19. Saavedra CR. "Efectos de las medidas de distanciamiento social por COVID-19 en el seguimiento clínico de personas con VIH en el Hospital Español". Comunicación personal. Datos no publicados. 2022.
20. Hincapié MA, Gallego JC, Gempeler A, Piñeros JA, Nasner D, Escobar MF. Implementation and usefulness of telemedicine during the COVID-19 pandemic: A scoping review. J Prim Care Community Health [Internet]. 2020;11:2150132720980612. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1177/2150132720980612>
21. Medina N, Alastruey-Izquierdo A, Bonilla O, Ortíz B, Gamboa O, Salazar LR, et al. Impact of the COVID-19 pandemic on HIV care in Guatemala. Int J Infect Dis [Internet]. 2021;108:422–7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijid.2021.06.011>
22. Rick F, Odoke W, van den Hombergh J, Benzaken AS, Avelino-Silva VI. Impact of coronavirus disease (COVID-19) on HIV testing and care provision across four continents. HIV Med [Internet]. 2022;23(2):169–77. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/hiv.13180>

Anexo 1: Encuesta a pacientes

Género		No contesta
Edad		
Diagnóstico de VIH	Antes de marzo del 2020	Después de marzo del 2020
Usted se atiende en..		

Preguntas			
Durante la pandemia, ¿Se consideró usted dentro de una población de riesgo?	Si	No	No contesta
¿Tomó medidas de cuidados especiales al respecto? Marque con una cruz cuáles fueron <ul style="list-style-type: none"> ● Distanciamiento social ● Burbuja de familiares ● Tapabocas en lugares cerrados ● Usar alcohol en gel ● Evitar las aglomeraciones ● Evitar compartir el mate 	Ninguna medida _____		
¿Usted tomó otras medidas que no están mencionadas arriba? Especifique			No contesta
Con respecto a las consultas médicas...			
Con respecto a las consultas antes y durante la pandemia ... ¿Considera que mantuvo la frecuencia de sus consultas?	Si	No	No contesta

Seleccione una opción sobre la pregunta anterior ...	Más consultas	Menos consultas	Igual cantidad de consultas
¿Continuó siendo su médico de referencia el que atendía sus consultas?	Si	No	No contesta
¿Está conforme con las consultas telefónicas?	Si	No	No contesta
¿Cómo siente que fue atendido durante las consultas telefónicas? Especifique			No contesta
¿Está usted conforme con las consultas realizadas y cómo fue atendido?	Si	No	No contesta
Sobre los cambios en la atención médica, con respecto al uso de llamadas telefónicas y/o video consultas:			
¿Contaba usted con algún dispositivo que le permitiera acceder a las mismas?	Si	No	No contesta
¿Siente que tuvo dificultades para conseguir agendar su consulta?	Si	No	No contesta
¿Cómo considera que este cambio fue para usted?	Beneficioso	Perjudicial	Indiferente
¿Siente que las consultas le fueron útiles?	Si	No	No contesta
¿Le gustaría que se continúe implementando esta medida luego de la	Si	No	No contesta

pandemia?			
Con respecto al retiro de la medicación antirretroviral			
Durante la pandemia ¿recibió usted la medicación antirretroviral?	Si	No	No contesta
¿Siente que tuvo dificultades para acceder a la medicación?	Si	No	No contesta
¿Considera que retiró más o menos medicación antes de la pandemia?	Menos medicación antes de la pandemia	Más medicación antes de la pandemia	Igual cantidad de medicación
Con respecto al retiro de la medicación antirretroviral... ¿Le dieron la opción de enviar la medicación a su domicilio?	Si	No	No contesta
Sí su respuesta anterior fue si, ¿Le pareció esto una buena idea?	Si	No	No contesta
¿Le dieron la opción de retirar la medicación por un período mayor que el habitual?	Si	No	No contesta
¿Le gustaría que alguna de estas medidas se continúe implementando luego de la pandemia?	Si	No	No contesta
En caso de haber contestado que sí .. ¿Cual/les medidas? Especifique			

Durante la pandemia, ¿cursó la enfermedad COVID-19 ?	Si	No	No contesta
Sí su respuesta anterior fue sí... ¿Percibe que fue asistido satisfactoriamente por parte del personal de salud?	Si	No	No contesta
¿Cómo se sintió durante el seguimiento telefónico? Especifique			No contesta
¿Requirió ingreso hospitalario debido a la enfermedad COVID-19?	Si: Cuidados intermedios Cuidados intensivos	No	No contesta
Sí tuvo covid... ¿Siente usted que la COVID-19 impactó en su enfermedad por VIH?	Si	No	No contesta
Durante la pandemia, ¿tuvo que permanecer ingresado en el hospital por otro motivo?	Si	No	No contesta
Su número de ingresos, ¿fue mayor que en el período pre pandemia?	Si	No	No corresponde

Anexo 2: Encuesta a médicos

¿Ejerce usted en el sector público o privado?	Público	Privado	Ambos
---	---------	---------	-------

¿Ejerce usted en alguna de estas instituciones en particular? <i>-Hospital Pasteur</i> <i>-Hospital Español</i> <i>-Asociación Española</i> <i>-COSEM</i>	Si	No	
Género			
Edad			
¿Ejerce su profesión desde un período previo al año 2015?	Si	No	
¿Ejerció su profesión durante la pandemia por COVID-19?	Si	No	
Indique cuál es su especialidad médica	<ul style="list-style-type: none"> • Medicina general 		
Con respecto a la pandemia...			
¿Implementó la herramienta de consultas telefónicas y/o por videollamada?	Si	No	No contesta
¿Experimentó dificultades a la hora de implementar estas medidas?	Si	No	No contesta
¿Considera usted que las consultas	Si	No	No contesta

por este medio fueron útiles para los pacientes?			
¿Le gustaría que estas medidas se continuaran implementando luego de la pandemia?	Si	No	No contesta
Con respecto a la adherencia a las consultas, considera usted que fue:	Mayor que en el período pre pandemia Si responde afirmativo, ¿cuál considera que es el motivo?	Menor que en el período pre pandemia Si responde afirmativo, ¿cuál considera que es el motivo?	Igual que en el período pre pandemia
¿Asiste usted a pacientes VIH?	Si	No	
Si su respuesta anterior fue que sí...			
¿Considera usted que fue una población especialmente afectada por la pandemia?	Si	No	No contesta
¿Siente que la pandemia tuvo un impacto negativo en la progresión de la enfermedad por VIH de sus pacientes? <i>Por ejemplo: mayor número de ingresos, aumento de carga viral, descenso de CD4 +, etc.</i>	Si	No	No contesta
¿Considera que pudo mantener el seguimiento de sus pacientes?	Si	No	No contesta
Con respecto a la adherencia a las	Mayor que en el	Menor que en el	Igual que en el período pre

consultas, considera usted que fue:	período pre pandemia	período pre pandemia	pandemia
¿Siente usted que sus pacientes tuvieron dificultad para acceder a la medicación antirretroviral?	Si respondió afirmativo, ¿cuál considera que es el motivo?	Si respondió afirmativo, ¿cuál considera que es el motivo?	No

Anexo 3: Folleto invitando a la participación de los pacientes



Anexo 4: Consentimiento informado a pacientes

Usted ha sido invitado/a a participar del estudio “Impacto en la calidad asistencial durante la pandemia de la enfermedad COVID-19 de las personas con VIH y de quienes los asisten. Estudio multicéntrico, Montevideo, Uruguay”. El mismo, es un estudio a cargo de la Dra.Zaida Arteta en conjunto con estudiantes de la carrera Dr. en Medicina de sexto año como parte de su formación médica que se llevará a cabo en el Departamento de Enfermedades Infecciosas de la Facultad de Medicina, Universidad de la República, Montevideo, Uruguay.

Este documento es entregado con el propósito de explicarle a usted en qué consiste el estudio. Por favor, léalo con atención y pregunte lo que sea necesario antes de firmarlo. Sus preguntas van a ser contestadas. Usted recibirá una copia de este documento.

El objetivo de este estudio es caracterizar el impacto de la pandemia por la COVID-19 en la calidad asistencial de las personas con VIH asistidos en el primer nivel de atención del subsector público y privado desde el punto de vista del paciente y médico tratante.

Para esto incluimos a personas con diagnóstico de VIH previo a la pandemia por el virus SARS-COV2 que se asisten en policlínicas de los centros: Hospital Pasteur, Hospital Español, Asociación Española y Cosem; y médicos tratantes de las mismas instituciones.

Los datos van a ser obtenidos por medio de una encuesta anonimizada.

Sus datos personales así como cualquier información que pueda identificarlo o vincularlo al estudio no serán registrados, manteniendo su anonimato en todo momento. Usted puede decidir aceptar a responder y participar de la encuesta, así como también puede negarse. Tenga en cuenta que este consentimiento se colocará en un buzón. La encuesta que usted responda no tendrá sus datos, y será colocada en otro buzón separada de este documento. De esta manera, no habrá forma de identificar cuáles fueron sus respuestas, ni podrán ser vinculadas a los datos de su Historia Clínica.

Usted tendrá la posibilidad de solicitar que se le envíen los resultados del estudio del cual está participando mediante el siguiente mail: mc2grupo61@gmail.com

Se me ha invitado a participar del estudio “Impacto en la calidad asistencial durante la pandemia de la enfermedad COVID-19 de las personas con VIH y de quienes los asisten. Estudio multicéntrico, Montevideo, Uruguay”. He leído y entendido el documento por lo cual firmo libre y voluntariamente mi participación mediante encuesta anonimizada, recibiendo una copia del documento en el acto:

Entiendo que la participación de mi persona en este estudio no redundará ni tendrá ningún impacto en mi proceso asistencial ni recibiré ningún tipo de beneficio económico ni otro tipo de remuneración.

Yo,, cédula de identidad....., mayor de edad, consiento en participar en el estudio.

Firma del participante

Fecha:/...../.....

Anexo 5: Consentimiento informado a médicos

Usted ha sido invitado/a a participar del estudio “Impacto en la calidad asistencial durante la pandemia de la enfermedad COVID-19 de las personas con VIH y de quienes los asisten. Estudio multicéntrico, Montevideo, Uruguay”. El mismo, es un estudio a cargo de la Dra Zaida Arteta en conjunto con estudiantes de la carrera Dr. en Medicina, en el marco del curso Metodología Científica II.

Esta encuesta está dirigida a los médicos que desean colaborar con la investigación respondiendo a las siguientes preguntas referentes a la calidad asistencial durante la pandemia. Esta encuesta es anónima y usted podrá responder las preguntas que desee o crea correspondiente responder, así como también elegir la opción “No contesta”.

Mediante el llenado del formulario usted autoriza que los resultados obtenidos sean utilizados y publicados, los cuales no van a tener asociación a sus datos personales.

Usted tendrá la posibilidad de solicitar que se le envíen los resultados del estudio del cual está participando mediante el siguiente mail: mc2grupo61@gmail.com

Anexo 6: Tabla Chi Cuadrado para comparar medidas adoptadas durante la pandemia con la auto percepción de riesgo de los pacientes

Medidas	Percepción del riesgo			TOTAL
	Si	No	No contesta	
1	0	0	0	0
2	2	2	2	6
3 o más	12	4	0	16
Todas	9	5	0	14
No contesta	0	10	0	10
TOTAL	23	21	2	46

Anexo 7: Tabla Chi Cuadrado para comparar la percepción de la frecuencia de las consultas en ambos grupos encuestados

	Mayor	Menor	Igual	TOTAL
Médicos	7	23	5	35
Pacientes	8	13	18	39
TOTAL	15	36	23	74