UNIVERSIDAD PERUANA DE CIENCIAS APLICADAS

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA HUMANA

**Factores asociados a retención en el cuidado de personas viviendo con
VIH/SIDA en el programa de un hospital de Lima, Perú**

TESIS

Para optar el título profesional de:

MÉDICO CIRUJANO

AUTORES

Parra Baltazar, Isabel Mónica (0000-0002-4437-5088)

Quispe Iporra, Sara Grecia Esperanza (0000-0002-9478-1068)

ASESORES:

Mendo Urbina, Fernando Cruz (0000-0003-4063-7543)

Tejada Caminiti, Romina Arely (0000-0003-4420-5289)

Lima, 01 de Febrero de 2018

*A nuestros queridos padres y
hermanos, por su apoyo incondicional
a lo largo de nuestra carrera.*

Agradecimientos

Agradecemos al Sr. Alex Tafur Álvarez por su apoyo al acceso a las historias clínicas para su revisión en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.

**Factores asociados a retención en el cuidado de personas viviendo con
VIH/SIDA en el programa de un hospital de Lima, Perú**

RESUMEN

Introducción: La retención en el cuidado es considerada un paso crucial para maximizar los resultados en las personas viviendo con VIH/SIDA (PVVS), sin embargo, aún existe limitada información sobre sus factores asociados. **Objetivos:** Identificar los factores asociados a retención en el cuidado en PVVS en el programa de VIH/SIDA del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins entre los años 2010 a 2014. **Materiales y métodos:** Se realizó un estudio de cohorte retrospectivo en un hospital de la seguridad social en Perú, donde se incluyó 624 participantes mediante un censo. Se revisaron tanto las historias clínicas como los registros del programa de PVVS. En el análisis multivariado se usó un modelo lineal generalizado de la familia binomial y link log, al no haber convergencia se utilizó la familia Poisson y link log con varianza robusta. **Resultados:** La incidencia de retención fue de un 52,6%, además, se encontró asociación con la edad, siendo significativo en el modelo ajustado ($RRa=1,01$; IC 95% 1,00-1,02) y con la distancia al establecimiento $<5km$ ($RRa=1,18$; IC 95% 1,00-1,38). **Conclusiones:** En un hospital nivel IV (categoría III-1) de Lima, Perú, se registró una incidencia de retención en el cuidado de 52,6%, encontrándose por debajo de las cifras recomendadas por la OMS (90%). La edad mayor a 35 años y vivir a una distancia $<5km$ de su establecimiento de salud, fueron los únicos factores asociados a retención en el cuidado.

Palabras claves: VIH, SIDA, Atención Médica, Estudios de Seguimiento, Perú

**Factors associated with retention to care of people living with HIV/AIDS
program in a hospital in Lima, Peru**

ABSTRACT

Introduction: The retention in the care is considered a crucial step to maximize the results in people who is living with HIV/AIDS (PLWHA), however, there is still limited information about its associated factors. **Objectives:** To identify the factors associated with retention in the care of PLWHA in the HIV/AIDS program of the Edgardo Rebagliati Martins National Hospital between 2010 and 2014. **Materials and methods:** A retrospective cohort study was conducted in a Social Security Hospital in Peru, where 624 participants were included through a census. Both clinical records and PLWHA program records were reviewed. In the multivariate analysis a generalized linear model of the binomial family and link log was used, since there was no convergence the Poisson family and link log with robust variance were used. **Results:** The incidence of retention was 52.6%, in addition, association with age was found, being significant in the adjusted model ($RRa = 1.01$, 95% CI 1.00 - 1.02) and with the distance to the establishment <5km ($RRa = 1.18$, 95% CI 1.00-1.38). **Conclusions:** In a hospital level IV (category III-1) of Lima, Peru, an incidence of retention in the care of 52.6% was registered, being below the figures recommended by the WHO (90%). Age older than 35 years and living at a distance <5km from your health facility, were the only factors associated with retention in care. **Keywords:** HIV, AIDS, Medical Attention, Follow-up Studies, Peru

Tabla de contenido

Capítulo 1. Introducción.	9
Capítulo 2. Objetivos.	12
Objetivo General.....	12
Objetivos Específicos.....	12
Capítulo 3. Metodología.	13
Ubicación del estudio y población.....	13
Instrumento y variables	14
Procedimientos de recolección de datos	15
Análisis de datos	15
Aspectos éticos	16
Capítulo 4. Resultados.	17
Capítulo 5. Discusión.....	19
Capítulo 6. Conclusiones.	27
Referencias bibliográficas.....	37
Anexos	45

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Características sociodemográficas y clínicas de personas viviendo con VIH/SIDA al inicio de su atención en un hospital de la seguridad social. 2010-2014. Lima – Perú (N=624).	27
Tabla 2. Variables asociadas a retención en el cuidado de personas viviendo con VIH/SIDA al inicio de su atención en un hospital de la seguridad social. 2010-2014. Lima – Perú (N=624).	31
Tabla 3. Resultado del análisis multivariado en personas viviendo con VIH/SIDA al inicio de su atención en un hospital de la seguridad social. 2010-2014. Lima – Perú (N=624).	34

INDICE DE FIGURAS

Figura 1. Flujograma de PVVS atendidas en el HNERM 2010-2014 quienes participaron en el estudio.	28
---	----

Capítulo 1. Introducción.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que el virus de inmunodeficiencia humana (VIH)/ síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) ya ha cobrado más de 35 millones de muertes y hay más de 37 millones de personas viviendo con VIH/SIDA (PVVS) en el mundo (1). En el Perú, se le considera una epidemia “concentrada”, pues menos del 1% de la población general y más del 5% del grupo de "alto riesgo" (mujeres transgénero y hombres que tienen sexo con hombres) han contraído el VIH. Además, se reporta que desde enero de 1983 hasta octubre del 2017 se han diagnosticado 109 263 PVVS, de los cuales 40 551 fueron casos de SIDA (2,3). Debido a los avances en el tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) y la continuidad en la atención, la infección por el VIH se ha convertido en un condición crónica manejable (4-6). No obstante, para lograr reducir la morbilidad y mortalidad de las PVVS y la transmisión del VIH se deben mejorar continuamente un conjunto de servicios conocido como la “cascada del cuidado del VIH/SIDA” que abarca desde la oferta diagnóstica, seguida de la vinculación a la red de atención o incorporación a los servicios de PVVS luego del diagnóstico, retención en el cuidado, entendida como la participación o asistencia continua en la atención médica debida al VIH, tratamiento, hasta supresión viral (7,8).

La retención en cuidado es considerada un paso crucial para maximizar los resultados en las PVVS, pues resulta esencial para la provisión de terapia antirretroviral efectiva (9,10). Asimismo, la OMS la define como un compromiso continuo desde el

diagnóstico a todo un paquete de prevención, tratamiento, apoyo y atención de servicios (11). Su medición es compleja, dado que, incluye múltiples visitas clínicas programadas en intervalos variables a lo largo del tiempo y no existe un estándar de oro (9,12).

Diversos factores se han encontrado asociados a retención en el cuidado, los sociodemográficos como la edad avanzada o mayor de 25 años (13-15), el sexo femenino (13) y tener pareja (16). Asimismo, entre los factores clínicos se encuentran un bajo recuento de CD4 (<50 células/ml) (13,17), un estadio clínico avanzado de VIH (18), co-infección con tuberculosis (13,19), recibir TARGA (17,20), recibir quimioprofilaxis con cotrimoxazol (13), presentar anemia (13), gestación (13) y el IMC (>18,5 kg/m²) (13). Además, los institucionales como la distancia al establecimiento (<5km) (13,15), la oferta de turnos, la rotación de médicos y la relación médico-paciente (16). También, el apoyo social por parte de los familiares, amigos o profesionales de la salud, así como, tener un agente de soporte emocional, persona nombrada por la PVVS en la base de datos del servicio social, fueron asociados (15,21). Del mismo modo, se ha asociado a estigma (16,22) y consumo de sustancias como el alcohol y las drogas (14,23).

En África, Asia y en América y el Caribe, se reportó una retención entre 2008-2013 del 65%, 80% y 64% de PVVS luego de 36 meses de TARGA, respectivamente; asimismo, en el Perú se encontró una retención del 79% luego de 12 meses de TARGA (24). Debido a las marcadas diferencias en la retención, resulta relevante conocer su epidemia y la realización de estudios epidemiológicos a nivel local en diversos

entornos (25). No obstante, los datos y estimaciones sobre retención en el cuidado son aún insuficientes para los responsables de crear políticas en salud de la mayoría de países de América Latina (26).

Es así que, medir la incidencia de retención en el programa de VIH/SIDA resulta fundamental para explorar la eficacia del programa de VIH/SIDA, así como, identificar sus factores asociados para dirigir intervenciones correctas a las personas correctas (25). Dichos factores podrían ser abordados en futuras investigaciones para mejorar la retención. Cabe resaltar, que de acuerdo a nuestra revisión de la literatura, en el Perú, no se encontró evidencia sobre retención en el cuidado y factores asociados a ésta, a nivel de EsSalud. Por lo anteriormente mencionado, la presente investigación busca determinar la incidencia y los factores asociados a retención en el cuidado en el programa de VIH/SIDA, en un hospital de referencia de la seguridad social en el Perú.

Capítulo 2. Objetivos.

Objetivo General

Identificar los factores asociados a retención en el cuidado en PVVS en el programa de VIH/SIDA del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins entre los años 2010 a 2014.

Objetivos Específicos

1. Cuantificar la incidencia de retención en el programa de VIH/SIDA en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins entre los años 2010 a 2014.
2. Cuantificar las frecuencias de distintos factores sociodemográficos, clínicos e institucionales en PVVS atendidas en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati, que presentaron retención en el programa.

Capítulo 3. Metodología.

Ubicación del estudio y población

Se realizó un estudio observacional, de cohorte no concurrente entre los años 2010 al 2014. La ubicación fue en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins (HNERM), Lima, Perú.

La población fue seleccionada según los siguientes criterios de inclusión: pacientes mayores de 18 años, con diagnóstico de VIH entre los años 2010-2014 en los establecimientos de la Red Asistencial Rebagliati y atendidos en el consultorio de infectología para PVVS del HNERM hasta diciembre del 2015. Se excluyó del estudio a toda persona con problemas de discapacidad mental registrada en la historia clínica y cuya historia clínica no fue encontrada en dos oportunidades de búsqueda.

En el presente estudio realizamos un censo de todos los pacientes que ingresaron al cuidado en el HNERM entre 2010 y 2014 que cumplían los criterios de inclusión (624 registros). Según reporte de Hassan et al., en una cohorte de PVVS recién diagnosticadas en Kenya, las personas que vivían a más de 5km de la vía principal (expuestos) tenían una frecuencia de retención en el cuidado de 54,2% y los que vivían a una distancia de ≤ 5 km tenían una retención de 26,45%, con una razón entre grupos de 0,35 (27). La variable distancia a la vía principal fue considerada como un proxy a la variable distancia del domicilio al hospital, ya que ambas estaban relacionadas. Así mismo consideramos un nivel de confianza de 95%, y una potencia del 80%. Lo que

nos daría un tamaño mínimo necesario de 126 sujetos. El tamaño muestral fue calculado usando el programa Epidat 4.0.

Instrumento y variables

Como instrumento de recolección de datos se utilizó una ficha clínica diseñada por las investigadoras que consta de 19 variables, que incluyen variables sociodemográficas, clínicas e institucionales. Se realizó una prueba piloto para su validación. Como variable principal tenemos retención en el cuidado; así mismo, consideramos variables independientes sociodemográficas (edad, sexo, y estado civil), clínicas (embarazo al diagnóstico y embarazo en el periodo de las visitas a consultorio, hemoglobina, conteo de CD4, carga viral, estadio clínico de VIH según OMS, TARGA, esquema de TARGA, co-infección de tuberculosis, profilaxis con cotrimoxazol, y consumo de drogas o alcohol) e institucionales (distancia al establecimiento de salud en kilómetros, calculado mediante Google Maps desde el domicilio reportado hasta el HNERM).

Se utilizó como definición de retención en el cuidado, tener ≥ 2 visitas de atención médica documentadas por año desde el inicio de la atención (22), similar a la definición empleada en otro estudio realizado en Perú, la cual se adaptó y se consideró a las atenciones médicas realizadas en el consultorio de infectología del HNERM. Los pacientes fueron seguidos hasta diciembre del 2015 o hasta que fueron clasificados como no retenidos.

Procedimientos de recolección de datos

Para la identificación de participantes se solicitó un listado con el número de historias clínicas de las PVVS que ingresaron al programa entre los años 2010 y 2014. Luego las historias clínicas fueron solicitadas al archivo del hospital y revisadas para extraer los datos antes mencionados a las fichas clínicas, así mismo, se revisaron los registros del programa de PVVS. Cabe mencionar, que sólo se lograron encontrar 866 historias clínicas del listado durante el todo el período de recolección de datos. Las fichas clínicas fueron manejadas con códigos, manteniendo el anonimato y respetando la confidencialidad de la información de cada paciente. Por último, las fichas fueron transferidas mediante doble digitación a una base de datos en el programa Microsoft Office Excel 2010.

Análisis de datos

Se analizaron las covariables dentro el primer año de seguimiento, donde sólo las covariables número de pastillas, hemoglobina, conteo de CD4 y carga viral requirieron de la segunda visita al no contar en todos los casos con datos en la primera visita. Asimismo, el análisis estadístico constó de tres partes, la primera fue el análisis descriptivo, en el cual calculamos la frecuencia absoluta y relativa para las variables categóricas, además, para las variables numéricas la mediana y rango intercuartil. En el análisis bivariado se utilizó el test de chi cuadrado (X^2) o el test exacto de Fisher según correspondiera, asimismo, para las variables cuantitativas se utilizó la Prueba de U de Mann-Whitney. Se consideró un nivel de significancia de 0,05 para todas las pruebas de hipótesis. Realizamos el análisis del factor de inflación de la varianza (VIF)

con el propósito de detectar y evitar la multicolinealidad entre las variables. En el análisis multivariado se utilizó un modelo lineal generalizado de la familia binomial y link log, al no haber convergencia se utilizó la familia Poisson y link log con varianza robusta. Se incluyó en el modelo todas las variables bajo el criterio epidemiológico. Se realizó el análisis de datos perdidos de las variables, estimando su proporción y distribución. Se utilizó el paquete estadístico STATA versión 13 (STATA Corp. Texas, US).

Aspectos éticos

El presente estudio es de bajo riesgo, el principal riesgo fue la pérdida de confidencialidad de la información de los participantes. Para evitar ello, utilizamos códigos para las fichas clínicas de nuestro registro, manteniendo el anonimato y respetando la confidencialidad de la información de cada participante. Además, las fichas se encontraron sólo bajo custodia de las investigadoras. No hubo interacción directa con los participantes del estudio, por lo que no fue necesario obtener el consentimiento informado. Así mismo, el presente estudio fue revisado y aprobado por los comités de ética de la universidad Peruana de Ciencias Aplicadas (Resolución PI292-15) y del HNERM (Resolución de la Gerencia N° 85-2016).

Capítulo 4. Resultados.

Revisamos 866 historias clínicas, excluyendo 242 debido a que no cumplían los criterios de selección (Figura 1). Un total de 624 participantes fueron incluidos en el estudio, de los cuales 77,7% fueron hombres. La mediana de la edad fue de 35 años (rango intercuartil [RIC]: 29–44) y el 24,5% de participantes eran casados o convivientes. De las 139 mujeres, 21 (15,1%) estuvieron embarazadas al momento del diagnóstico. El consumo de alcohol y de drogas fue de 30,1% y 2,4%, respectivamente (Tabla 1).

En relación a las características clínicas en la primera visita, el 30,8% de los participantes con resultado de carga viral tuvo una carga viral mayor o igual a 100 000 copias y un conteo de CD4 de 273 cel/mm³ (RIC: 117-433). El 51% de los participantes estuvo en estadio clínico 1 según la OMS, y el 20,5% en estadio clínico 2. Los participantes con co-infección por tuberculosis fueron 52 (8,3%). Un total de 227 (36,4%) personas recibieron TARGA, 180 recibieron el esquema AZT/3TC/EFV, 40 el esquema TFV/3TC/EFV y siete recibían otro esquema, en la primera visita. La mediana del número de pastillas administradas por día entre quienes recibían TARGA fue de 6 (RIC: 3–7). Además, el 24,5% de los participantes vivían a menos de 5km del establecimiento de salud (Tabla 1).

El 52,6% de pacientes cumplían la definición de retenidos en el cuidado de PVVS. La distribución de las edades entre los grupos formados (retenidos frente a no retenidos al programa) fue significativamente distinta; la mediana de la edad en

aquellos participantes con retención en el cuidado fue de 37 años (RIC: 31–46), mientras que en los no retenidos fue de 33 años (RIC: 27–42), valor $p < 0,001$. Hubo más participantes que vivían a una distancia menor de 5km entre quienes estuvieron retenidos en el programa (27,4% vs. 21,3%), aunque esta diferencia no resultó significativa. El resto de variables no mostró asociación significativa con retención en el cuidado (Tabla 2).

El análisis de los datos perdidos de las variables número de pastillas, hemoglobina, conteo de CD4 y carga viral mostró que la pérdida de los datos fue considerablemente alta, entre 29,3% y 68,3%. Además esta pérdida no fue aleatoria y estuvo relacionada a la presencia o ausencia de las otras variables analizadas, motivo por el cual no fueron incluidas en el modelo. Al analizar la multicolinealidad, el VIF para las variables independientes estuvo en el rango de 1,10 – 3,92 con una media de 1,71 por lo que, no excluimos ninguna variable en el modelo final. La edad continuó asociada a la retención en el cuidado para VIH siendo significativo en el modelo ajustado ($RRa=1,01$; IC 95% 1,00 – 1,02). Aquellas personas que vivieron a una distancia < 5 Km del establecimiento tuvieron 18% mayor probabilidad de estar retenidos en el programa a diferencia de aquellos que vivían a > 5 km ajustado por el resto de variables, con una significancia marginal (valor $p=0,05$). Las mujeres tuvieron 15% menor probabilidad de estar retenidas en el programa de cuidados en comparación con los hombres, en el modelo ajustado, aunque no hubo significancia estadística (valor $p=0,098$). El resto de variables no fueron estadísticamente significativas en el modelo.

Capítulo 5. Discusión.

Tras el seguimiento de 624 PVVS entre los años 2010 - 2015 del programa de VIH/SIDA del HERM, se obtuvo una retención en el cuidado del 52,6%, una cifra que se encuentra por debajo de las recomendaciones de la OMS, la cual menciona que para el año 2020 se debe asegurar la detección del 90% de las PVVS, tratar al 90% y lograr la supresión viral en el 90% (28). Asimismo, ésta incidencia encontrada en nuestro estudio, es comparable con las cifras reportadas en estudios realizados a nivel nacional e internacional, en donde se registra promedios de 64,7% y 56,7% respectivamente (7,9,13,18,21,29,30,31). En el Perú, se han realizado estudios de retención en un hospital de referencia del Ministerio de Salud (MINSA), evidenciándose diferencias porcentuales en sus incidencias en el primer y el segundo año. Prochaska encontró una retención entre 2011-2014 del 76,4% luego de 12 meses de ingresar a la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y SIDA (ESNITSS) y un 35,6% luego de 2 años (21), mientras que, Hoces et al., encontraron una retención entre 2006 - 2012 menor al 60% luego de 12 meses y la mitad de las PVVS fueron retenidos cada año después de la entrada al NHCP (29). Cabe mencionar, que ambos estudios no utilizaron la misma definición de retención en el cuidado de VIH en el primer año, sin embargo, para el segundo año de seguimiento ambos consideraron tener ≥ 2 visitas médicas en un año, espaciadas >90 días (21,29), lo cual evidencia cifras similares dicho año. A diferencia de nuestro estudio que no considera intervalos entre las visitas, por lo cual fue menos estricto. No obstante, comparándolo con otros

estudios que consideran menor número de visitas médicas, sólo análisis de laboratorio (conteo de CD4 o carga viral) o recojo de antirretrovirales, nuestra definición fue más exigente (8, 18, 31, 32). Es así que, al no existir un estándar de oro en su medición (9), el uso de diferentes definiciones de retención posiblemente influya en los resultados y se deba considerar al momento de realizar comparaciones.

Ante el bajo porcentaje de retención encontrado en el presente estudio, otra posible explicación a considerar es que al tener una población perteneciente al seguro social, específicamente a la Red Asistencial Rebagliati, implicaría diferencias en las características de nuestros participantes en comparación a otros estudios nacionales e internacionales. No obstante, resulta importante estudios relevantes a nivel local en diversos entornos al existir marcadas diferencias en retención (25). Además, es posible que las PVVS encontradas como no retenidas, no se hayan perdido del cuidado, sino que hayan cambiado de establecimiento de salud de otro prestador, como el Ministerio de Salud (MINSA) u Organismos No Gubernamentales como IMPACTA o VIA LIBRE (33). Lamentablemente, en la mayoría de historias clínicas no se encontró registrado si las PVVS no retenidas en el programa del HERM cambiaron de establecimiento de salud para continuar su cuidado. Por lo cual, se evidencia la importancia de tener un sistema de información nacional articulado entre las distintas entidades prestadoras de servicios de salud independientemente del seguro de salud que tenga el paciente.

Es importante mencionar, que se fue exigente con la selección de nuestros participantes, pues se consideró como uno de nuestros criterios de inclusión haber sido diagnosticado de VIH en los establecimientos de la red para evitar incluir PVVS con inicio de TARGA en otros establecimientos y evitar sesgos, motivo por el cual hubo un considerable porcentaje de excluidos.

Por otro lado, los factores asociados resultantes en este estudio fueron la edad y una distancia al establecimiento <5km. Otros estudios, también, coinciden de manera similar con nuestros resultados, una edad mayor a 25 años y edad avanzada se asocian a una mejor retención, lo cual evidencia una mayor preocupación en mencionados grupos de edad por su salud, la juventud posiblemente no sea tan consciente con su enfermedad y el cuidado de su salud (13-15). Asimismo, la distancia al establecimiento <5km se muestra asociada a una mejor retención en estudios internacionales como en África y Estados Unidos (13,15). En Kenya, las PVVS que vivían ≤ 5 km de distancia de una vía principal tenían más probabilidades de ser retenidos en la atención. Otro estudio en Zambia que empleó un punto de corte distinto (≤ 20 km), encontró que esta población era más propensa a perderse durante el seguimiento (13). Mientras tanto, nuestro estudio que fue en un hospital nivel IV (categoría III-1) y cabeza de red, tuvo un 12% de PVVS provenientes de diversas regiones del país, lo cual implica que debieron trasladarse cada dos o tres meses hacia éste establecimiento, dificultando su cuidado y posiblemente influir en su retención (34). Es importante mencionar que respecto a esta problemática en los últimos años EsSalud viene descentralizando sus servicios en VIH/SIDA, con la finalidad de

mejorar el acceso y la oportunidad de atención de los asegurados que lo requieran y así, no dejen de asistir a sus citas (35).

El consumo de alcohol y drogas no fueron asociados a retención en el presente estudio, la medición por auto-reporte de estas variables quizás no fue la mejor. No obstante, estudios previos confirman que las PVVS que presentan recaídas en el uso de drogas o alcohol a menudo tienen vidas caóticas, que con frecuencia conducen a una menor retención en el cuidado y con ello a una interrupción del tratamiento. Además, el consumo de alcohol se asocia con un peor pronóstico y de tener efectos nocivos directos sobre la salud, lo cual repercute en la retención de las PVVS debido al deterioro cognitivo debido a la intoxicación por el alcohol (36-38).

El estado clínico de infección por VIH según la OMS, fue una variable que tampoco mostró asociación en nuestro estudio. Sin embargo, tener un estadio clínico 4 se encontró asociado a la no retención en el cuidado en el estudio de Koole et al. (39), asimismo, Mutasa-Apollo et al., encontraron asociación con un mayor riesgo de no retención en comparación con los estados I y II (40). Consideramos que ambos estudios difieren de nuestros resultados, pues su población fue en su mayoría PVVS en estadio clínico de la OMS 3 o 4 a diferencia de nuestro estudio que sólo tuvo un 28,5% de población entre los estadios mencionados y que incluye pacientes sin TARGA. Asimismo, sus definiciones fueron distintas a la nuestra sobre retención en el cuidado, Koole et al., consideraron retención como tener al menos una visita clínica durante los 90 días antes de la extracción de datos y Mutasa-Apollo et al., consideraron

un seguimiento a los 6, 12, 24 y 36 meses tras iniciar TARGA para medir retención (39,40).

El sexo femenino fue asociado a una mayor retención en un estudio de revisión sistemática en África (13), sin embargo, en nuestro estudio las mujeres tuvieron 15% menor probabilidad de estar retenidas en el programa en comparación con los hombres, en el modelo ajustado, aunque no hubo significancia estadística. Dicha diferencia puede ser debido a las marcadas diferencias de proporciones de mujeres en los programas de PVVS, pues en África las mujeres representan el 56% del total de nuevas infecciones en adultos (41), mientras que, en el Perú los hombres con conductas de riesgos son los más vulnerables (3).

Un recuento bajo de células CD4 (<50 células/mm³) se encontró asociado a una mejor retención en el cuidado en un estudio realizado en China (17), asimismo, otro estudio en África obtuvo que la retención fue mayor en PVVS con un bajo recuento de CD4 (13). Por otro lado, dicho estudio también encontró asociado presentar anemia y una mayor retención en el cuidado (13). Lamentablemente, en nuestro estudio los resultados de CD4 y hemoglobina de las PVVS del programa mostraron una considerada pérdida de los datos, motivo por el cual no se incluyó en nuestro modelo y no se pudo buscar asociación. Por lo tanto, resulta necesario crear estrategias que faciliten la toma de muestras y garanticen rápidos resultados de laboratorio dentro de las primeras visitas para un adecuado manejo en la atención.

De acuerdo a estudios en África subsahariana, los pacientes que están coinfectados con tuberculosis tienen más probabilidades de ser retenidos en el cuidado previo a TARGA que los pacientes sin estas características (13). Aunque, otra bibliografía documente la asociación de co-infección de tuberculosis con un mayor riesgo de pérdida de la retención. (42). Lamentablemente, en nuestro estudio no se encontró asociación de retención con esta variable.

Con respecto a la administración profiláctica de cotrimoxazol, la "Norma técnica de salud de atención integral del adulto/a con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)" del Ministerio de Salud de Perú recomienda iniciar profilaxis con cotrimoxazol en todos los pacientes sintomáticos (estadio SIDA de la CDC o estadios clínicos 2, 3 o 4 de la OMS) incluidas las mujeres embarazadas o cuando se dispone de recuentos de CD4, se recomienda iniciar la profilaxis con cotrimoxazol en todos los pacientes con <200 células/mm³ (43). Una cohorte clínica de Kenia evidenció que la administración del mismo aumentó la retención en el cuidado sustancialmente (44), resultado que fue distinto en este estudio, en el que no se encontró asociación.

Nuestros resultados deben ser interpretados con respecto a las limitaciones del estudio. En primer lugar, al ser un estudio retrospectivo podría haber un sesgo en la recolección de datos debido a información no recolectada o a diferencias entre los profesionales de salud al recolectar los datos. Sin embargo, consideramos que debido a que el HNERM presenta un protocolo para el cuidado de los pacientes es poco probable que hubiera diferencias marcadas en la recolección de datos. Igualmente, no encontramos

historias con más del 5 % de datos ausentes por lo que consideramos no afecta la validez de nuestros resultados; sin embargo, en el caso de algunas variables, como peso, talla, e IMC, fue necesario excluirlas debido a que no eran recogidas de manera consistente en todas las historias y fichas revisadas. Además, encontramos potencias por debajo de 80% en las variables que no demostraron asociación en el análisis bivariado como sexo, estado civil, conteo de CD4, estadio clínico del VIH según OMS, co-infección de tuberculosis, recibir profilaxis con cotrimoxazol, consumo de drogas, y consumo de alcohol. En segundo lugar, debemos considerar que los resultados pueden no ser generalizables a otros contextos nacionales o internacionales, debido a que se realizó en un centro nacional de referencia que atiende a pacientes de la seguridad social. Debemos considerar también, que es posible que los pacientes hayan cambiado de centro de atención sin necesariamente discontinuar su cuidado, sin notificarlo al programa, pues existen diversos establecimientos de salud tanto del MINSA como instituciones privadas a los que se puede acceder a tratamiento (33). En el presente estudio no fue posible recoger esta información. En cuarto lugar, debemos mencionar que algunas variables como consumo de alcohol y drogas se recogieron de manera cualitativa, y no hubo una tipificación de su consumo, pues este dato no se consiga de rutina. Por último, este estudio se centró en los factores de nivel de paciente y no se evaluó otros factores relacionados a la relación médico-paciente, entre otros factores ambientales que podrían influir en la retención en el cuidado.

Consideramos que se deben realizar diversas intervenciones para mejorar la retención en el cuidado de PVVS, recalando a los pacientes la importancia de la retención. Así

mismo, recomendamos que se establezca un sistema articulado de información a nivel nacional entre las entidades prestadoras de salud independientemente del seguro de salud que tenga el paciente, inclusive tendría que incluir aquellos PVVS sin seguro.

Capítulo 6. Conclusiones.

La retención en el cuidado de VIH permite que a las PVVS se les determine su estadio clínico, reciban profilaxis para enfermedades oportunistas e inicien TARGA. En nuestro estudio realizado en un hospital nivel IV (categoría III-1) se registró una incidencia de retención en el cuidado de 52,6%, encontrándose por debajo de las cifras recomendadas por la OMS (90%), por lo cual se requieren de intervenciones que mejoren los programas de VIH/SIDA. Además, se encontró que tanto la edad mayor a 35 años y vivir a una distancia <5km de su establecimiento de salud, fueron los únicos factores asociados a retención en el cuidado. Se requieren más estudios sobre retención en el cuidado y sus factores asociados tanto a nivel nacional como en Latinoamérica que realicen un seguimiento a largo plazo de los participantes y permitan diseñar e implementar estrategias que respondan a las necesidades de las PVVS en escenarios como el nuestro.

FIGURAS

Figura 1. Flujograma de PVVS atendidas en el HNERM 2010-2014 quienes participaron en el estudio.

TABLAS

Tabla 1. Características sociodemográficas y clínicas de personas viviendo con VIH/SIDA al inicio de su atención en un hospital de la seguridad social. 2010-2014. Lima – Perú (N=624).

Características	N (%)
Edad (años) *	35 (29 - 44)
Sexo mujer	139 (22,3)
Estado civil unido	153 (24,5)
Embarazo al momento del diagnóstico de VIH†	21 (15,1)
Consumo de alcohol	188 (30,1)
Consumo de drogas	15 (2,4)
Recibe TARGA	227 (36,4)
Esquema de tratamiento	
Sin tratamiento	397 (63,6)
AZT/3TC/EFV	180 (28,9)
TFV/3TC/EFV	40 (6,4)
Otros	7 (1,1)
Número de pastillas*	6 (3 - 7)
Hemoglobina (mg/dL) *	13 (12 - 14)
Conteo de CD4 (cel/mm ³) *	273 (117 - 433)
Carga viral (copias/mm ³)	
<400	48 (24,2)
400 - <1000	7 (3,5)
1000 - <100 000	82 (41,4)

≥100 000	61 (30,8)
Co-infección tuberculosis	52 (8,3)
Administración de profilaxis con CMX	243 (38,9)
Distancia al establecimiento < 5km	153 (24,5)
Estadio clínico OMS	
1	318 (51,0)
2	128 (20,5)
3	96 (15,4)
4	82 (13,1)
Retención en el cuidado	328 (52,6)

* Mediana (Rango intercuartil); †% del total de mujeres; AZT: zidovudina; 3TC: lamivudina; EFV: efavirenz; TFO: tenofovir; CMX: cotrimoxazol; OMS: Organización Mundial de la Salud.

Tabla 2. Variables asociadas a retención en el cuidado de personas viviendo con VIH/SIDA al inicio de su atención en un hospital de la seguridad social. 2010-2014. Lima – Perú (N=624).

Características	Retención en el cuidado		Valor p†
	Sí (n=328)	No (n=296)	
Edad (años)*	37 (31 - 46)	33 (27 - 42)	<0,001‡
Sexo			0,243
Hombre	261 (79,6)	224 (75,7)	
Mujer	67 (20,4)	72 (24,3)	
Estado civil			0,110
No unido	239 (72,9)	232 (78,4)	
Unido	89 (27,1)	64 (21,6)	
Consumo de alcohol			0,172
No	237 (72,3)	199 (67,2)	
Sí	91 (27,7)	97 (32,8)	
Consumo de drogas			0,324
No	322 (98,2)	287 (97,0)	
Sí	6 (1,8)	9 (3,0)	
Recibe TARGA			0,780

No	207 (63,1)	190 (64,2)	
Sí	121 (36,9)	106 (35,8)	
Esquema de tratamiento			0,532
Sin tratamiento	207 (63,1)	190 (64,2)	
AZT/3TC/EFV	98(29,9)	82(27,7)	
TFV/3TC/EFV	18 (5,5)	22 (7,4)	
Otros	5 (1,5)	2 (0,7)	
Número de pastillas*	5 (3-7)	6 (4-7)	0,102‡
Hemoglobina*	13 (11 - 14)	13 (12 - 14)	0,799‡
Conteo de CD4*	261 (107 - 407)	312,5 (137 - 482)	0,081‡
Carga viral			0,156
<400	32 (26,7)	16 (20,5)	
400 - <1000	5 (4,2)	2 (2,6)	
1000 - <100000	42 (35,0)	40 (51,3)	
≥100000	41 (34,2)	20 (25,6)	
Co-infección tuberculosis			0,499
No	303 (92,4)	269 (90,9)	
Sí	25 (7,6)	27 (9,1)	

Administración de profilaxis con CMX			0,174
No			
Sí	192 (58,5)	189 (63,9)	
	136 (41,5)	107 (36,2)	
Distancia al establecimiento < 5km			0,074
No	238 (72,6)	233 (78,7)	
Sí	90 (27,4)	63 (21,3)	
Estadio clínico OMS			0,683
1	173 (52,7)	145 (49,0)	
2	68 (20,7)	60 (20,3)	
3	46 (14,0)	50 (16,9)	
4	41 (12,5)	41 (13,9)	

*Mediana (Rango intercuartil). † Prueba chi2; ‡ Prueba U de Man-Whitney.

Tabla 3. Resultado del análisis multivariado en personas viviendo con VIH/SIDA al inicio de su atención en un hospital de la seguridad social. 2010-2014. Lima – Perú (N=624).

Características	Análisis crudo			Análisis ajustado†		
	RR	IC 95%	Valor p	RRa	IC 95%	Valor p
Edad (años)*	1,01	1,00 - 1,02	<0,001	1,01	1,00 - 1,02	0,001
Sexo						
Hombre	Ref.			Ref.		
Mujer	0,90	0,74 - 1,08	0,259	0,85	0,70 - 1,03	0,098
Estado civil						
No unido	Ref.			Ref.		
Unido	1,15	0,98 - 1,35	0,097	1,13	0,94 - 1,36	0,180
Consumo de alcohol						
No	Ref.			Ref.		
Sí	0,89	0,75 - 1,06	0,184	0,86	0,72 - 1,04	0,118
Consumo de drogas						
No	Ref.			Ref.		
Sí	0,76	0,41 - 1,41	0,381	0,78	0,41 - 1,48	0,438

Recibe TARGA

No	Ref.			Ref.		
Sí	1,02	0,88 - 1,19	0,779	0,97	0,82 - 1,13	0,671

Carga viral

<400	Ref.		
400 - <1000	1,07	0,64 - 1,79	0,791
1000 - <100000	0,77	0,57 - 1,03	0,077
≥100000	1,01	0,77 - 1,32	0,952

Co-infección tuberculosis

No	Ref.			Ref.		
Sí	0,91	0,68 - 1,22	0,517	0,95	0,71 - 1,29	0,756

Administración de CMX

No	Ref.			Ref.		
Sí	1,11	0,96 - 1,29	0,170	1,14	0,98 - 1,34	0,093

Distancia al establecimiento < 5km

No	Ref.			Ref.		
Sí	1,16	0,99 - 1,37	0,063	1,18	1,00 - 1,38	0,050

Estadio clínico OMS

1	Ref.			Ref.		
2	0,98	0,81 - 1,18	0,808	1,00	0,82 - 1,22	0,999
3	0,88	0,70 - 1,11	0,283	0,86	0,67 - 1,09	0,216
4	0,92	0,72 - 1,17	0,489	0,89	0,69 - 1,16	0,391

*Mediana (rango intercuartil); RR: riesgo relativo crudo; RRa: riesgo relativo ajustado

Referencias bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud. VIH/SIDA. OMS [Internet].2017. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/es/>
2. Ministerio de Salud del Perú.Vigilancia Epidemiológica del VIH/SIDA. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades.[Internet]. 2017. Available from: http://www.dge.gob.pe/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=418&Itemid=104
3. Ministerio de Salud del Perú. Situación epidemiológica del VIH-Sida en el Perú 2017. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades.[Internet].2017. Available from: http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/vih/Boletin_2017/octubre.pdf
4. Cohen M, Chen Y, McCauley M, Gamble T, Hosseinipour MC, Kumarasamy N, et al. Antiretroviral Therapy for the Prevention of HIV-1 Transmission.N Engl J Med. 2016;375(9):830-39.
5. Walensky R, Paltiel A, Losina E, Mercincavage L, Schackman B, Sax P,et al. The Survival Benefits of AIDS Treatment in the United States.J Infect Dis.2006;194(1):11-19.
6. Mahungu T, Rodger A, Johnson M. HIV as a chronic disease. Clin Med. 2009;9(2):125-28.

7. Gardner E, McLees M, Steiner J, del Río C, Burman W. The spectrum of engagement in HIV care and its relevance to test-and treat strategies for prevention of HIV infection. *Clin Infect Dis*. 2011; 52(1):793–800.
8. Organización Panamericana de la Salud. Marco de Monitoreo del Continuo de la Atención al VIH 2014: Anexo al informe de reunión: Consulta Regional en América Latina y el Caribe sobre información epidemiológica de la infección por el VIH. [Internet]. Available from: http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/principal/2014_cha_continuo_atencion_vih.pdf
9. Mugavero M, Dávila J, Nevin C, _Giordano T. From Access to Engagement: Measuring Retention in Outpatient HIV Clinical Care. *AIDS Patient Care STDS*. 2010;24(10):607–13.
10. Thompson M, Mugavero M, Amico K, Cargill V. Guidelines for Improving Entry Into and Retention in Care and Antiretroviral Adherence for Persons with HIV: Evidence-Based Recommendations From an International Association of Physicians in AIDS Care Panel. *Ann Intern Med*. 2012;156(11): 817–294.
11. World Health Organization. Retention in HIV programmes: defining the challenges and identifying solutions: meeting report, 13-15 September 2011. WHO [Internet]. 2011 Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44878/1/9789241503686_eng.pdf

12. Mugavero M, Westfall M, Zinski A, _Davila J, Drainoni M, Gardner L, et al. Measuring Retention in HIV Care: The Elusive Gold Standard. *J Acquir Defic Syndr*.2012;61(5):574-80.
13. Plazy M, Orne-Gliemann J, Dabis F, Dray-Spira R. Retention in care prior to antiretroviral treatment eligibility in sub-Saharan Africa: a systematic review of the literature. *BMJ Open*. 2015; 5(6):1-11.
14. Wolff M, Cortes C, Mejia F, Padgett D, Belaunzarán-Zamudio P, Grinsztejn B. Evaluating the care cascade after antiretroviral therapy initiation in Latin America. *Int J STD AIDS*. 2018;29(1):4-12.
15. Waldrop-Valverde D, Guo Y, Ownby R, Rodriguez A, Jones D. Risk and Protective Factors for Retention in HIV Care. *AIDS Behav*. 2014 Aug; 18(8): 1483–91.
16. Arístegui I, Dorigo A, Bofill L, Bordatto A , Lucas M, Fernández G, et al. Obstáculos a la adherencia y retención en los sistemas de salud público y privado según pacientes y personal de salud. *ASEI*. 2014;22(86):71-80.
17. Yang G, Yan J, Liu Y, Huang Z, Long S. Retention in Care and Factors Affecting It Among People Living With HIV/AIDS in Changsha City, China. *Asia Pacific Journal of Public Health*.2014;27(2):86S-92S.
18. Torian LV, Xia Q, Wiewel EW. Retention in care and viral suppression among persons living with HIV/AIDS in New York City, 2006-2010. *Am J Public Health*. 2014; 104(9):24-9.

19. Koirala S, Deuba K, Nampaisan O, Marrone G, Ekström A. Facilitators and barriers for retention in HIV care between testing and treatment in Asia—A study in Bangladesh, Indonesia, Lao, Nepal, Pakistan, Philippines and Vietnam. *PLoS ONE*. 2017;12(5):e0176914.
20. Janssen S, Willemijn R, Stolp S, Cremers A, Rossatanga E, Klipstein-Grobusch K, et al. Factors Associated with Retention to Care in an HIV Clinic in Gabon, Central Africa. *PLoS One*. 2015;10(10):e014074
21. Prochaska M. Agentes de soporte personal y retención en el cuidado en pacientes con infección por VIH en un hospital público de referencia en Perú. [master's thesis]. Perú: Universidad Cayetano Heredia; 2017. 49 p.
22. Valenzuela C, Ugarte-Gil C, Paz J, Echevarria J, Gotuzzo E, Vermund S, et al. HIV Stigma as a Barrier to Retention in HIV Care at a General Hospital in Lima, Peru: A Case-Control Study. *AIDS Behav*. 2015;19(2):235-245.
23. Ulett K, Willig J, Lin H, Routman J, Abrams S, Allison J, et al. The therapeutic implications of timely linkage and early retention in HIV care. *AIDS Patient Care STDS*. 2009;23(1):41-9.
24. Fox M, Rosen S. Retention of Adult Patients on Antiretroviral Therapy in Low- and Middle-Income Countries: Systematic Review and Meta-analysis 2008–2013. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2015; 69 (1) 98-108.
25. Geng E, Nash D, Kambugu A, Zhang Y, Braitstein P, Christopoulos K, et al. Retention in Care Among HIV-Infected Patients in Resource-Limited Settings:

- Emerging Insights and New Directions. *Curr HIV / AIDS Rep*. 2010 Nov;7(4):234-244.
26. Piñeirúa A, Sierra-Madero J, Cahn P, Guevara R, Martínez E, Young B, et al. The HIV care continuum in Latin America: challenges and opportunities. *Lancet Infect Dis*. 2015;15(7):833-39.
27. Hassan AS, Fielding KL, Thuo NM, et al. Early loss to follow-up of recently diagnosed HIV-infected adults from routine pre-ART care in a rural district hospital in Kenya: a cohort study. *Trop Med Int Health* 2012;17:82–93.
28. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial del sector de la salud contra el VIH. 2016-2021. Hacia el fin del SIDA. [Internet].2016. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250574/1/WHO-HIV-2016.05-spa.pdf>
29. Hoces D, González E, Mejía F, Echevarría J, Gotuzzo E, Seas C. Long-Term Retention in HIV Care: From the “Cascade” of Care to the “Cycle” of Care. *Open Forum Infect Dis*. 2015;2(1):406.
30. Marks G, Gardner LI, Craw J, et al. The spectrum of engagement in HIV care: do more than 19% of HIV-infected persons in the US have undetectable viral load? *Clin Infect Dis*. 2011;53(11):1168-70.
31. Lubelchek R, Finnegan K, Hotton A, Hotton A , Hazen R , Murphy P , Prachand N, et al. Assessing the use of HIV surveillance data to help gauge patient retention-in-care. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2015;69(1):25-30.

32. Giordano T, Gifford A, White A, Suarez-Almazor M, Rabeneck L, Hartman C, et al. Retention in care: a challenge to survival with HIV infection. *Clin Infect Dis*. 2007;44(11):1493-1499.
33. Ministerio de Salud del Perú. Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad. [Internet]. 2009. Available from: <https://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2009/tuprevihenes/targa.html>
34. Seguro Social de Salud del Perú. Redes prestacionales y centros especializados de Lima y Callao. EsSalud [Internet]. Available from: http://www.essalud.gob.pe/transparencia/DIRECTORI_Redес_Lima.pdf
35. Seguro Social de Salud del Perú. EsSalud desconcentra tratamiento antirretroviral para VIH/SIDA en diversas regiones del país. EsSalud [Internet]. Available from: <http://www.essalud.gob.pe/essalud-desconcentra-tratamiento-antirretroviral-para-vihsida-en-diversas-regiones-del-pais/>
36. Kalichman S, Amaral C, White D, Swetsze C, Pope H, Kalichman M, et al. Prevalence and clinical implications of interactive toxicity beliefs regarding mixing alcohol and antiretroviral therapies among people living with HIV/AIDS. *AIDS Patient Care STDS*. 2009 Jun;23(6):449-54.
37. Samet J, Horton N, Traphagen E, Lyon S, Freedberg K. Alcohol consumption and HIV disease progression: are they related?. *Alcohol Clin Exp Res*. 2003; 27 (5): 862-7.

38. Sankar A, Wunderlich T, Neufeld S, Luborsky M. Sero-positive African Americans' beliefs about alcohol and their impact on anti-retroviral adherence. *SIDA Behav.* 2007; 11(2): 195-203.
39. Koole O, Tsui S, Wabwire-Mangen F, Kwesigabo G, Menten J, Mulenga M, et al. Retention and risk factors for attrition among adults in antiretroviral treatment programmes in Tanzania, Uganda and Zambia. *Trop Med Int Health.* 2014;19(12):1397-410.
40. Mutasa-Apollo T, Shiraishi RW, Takarinda KC, Dzangare J, Mugurungi O, Murungu J, et al. Patient retention, clinical outcomes and attrition-associated factors of HIV-infected patients enrolled in Zimbabwe's National Antiretroviral Therapy Programme, 2007-2010. *PLoSOne.* 2014;9(1):41-8.
41. Organización de Naciones Unidas mujeres. Hechos y cifras: el VIH y el SIDA. [Internet]. 2016. Available from: <http://www.unwomen.org/es/what-we-do/hiv-and-aids/facts-and-figures>
42. Janssen S, Willemijn R, Stolp S, Cremers A, Rossatanga E, Klipstein-Grobusch K, et al. Factores asociados con la retención para cuidar en una clínica de VIH en Gabón, África Central. *PLoS One* . 2015; 10(10): e0140746.
43. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud para la Vigilancia Epidemiológica en Salud Pública de la Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) en el Perú. [Internet]. 2015. Available from: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3264.pdf>

44.Kohler P, Chung M, McGrath C, Benki-Nugent S, Thiga J, John-Stewart G. Implementation of free cotrimoxazole prophylaxis improves clinic retention among antiretroviral therapy-ineligible clients in Kenya. *AIDS* 2011;25: 1657–61.

Anexos

a. Aprobación de Comité de Ética de la Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas

CEI/142-09-17

UPC

Universidad Peruana de
Ciencias Aplicadas

Avenida Alameda
San Marcos cuadra 2
Chorrillos
Lima 9- Perú
T 511 313 3333
www.upc.edu.pe

exígete, innova

Chorrillos, 15 de setiembre de 2017

Señoritas
Mónica Parra Baltazar
Sara Grecia Quispe Iporra
Alumnas de la Carrera de Medicina
Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas
Presente.

Ref. **PI292-17: Factores asociados a retención en el cuidado de personas viviendo con VIH/SIDA en el programa de un hospital de Lima, Perú**

Estimado investigador:

Hemos recibido el protocolo de investigación, y los documentos de soporte, los cuales han sido revisados en detalle. Luego de esta revisión, el Comité de Ética e Investigación (CEI) de la Facultad de Ciencias de la Salud ha determinado que este proyecto está **APROBADO** y pueden proceder con su ejecución.

Los investigadores deben de informar al Comité sobre cualquier cambio en el protocolo posterior a este dictamen. Del mismo modo, de forma anual y desde esta fecha, los investigadores deben enviar un breve informe de avances al Comité y un breve informe final al momento del cierre definitivo del estudio. Del mismo modo, ante la aparición de cualquier evento o efecto –previsible o no- que comprometa la integridad y bienestar de las unidades de estudio, los investigadores o a su equipo de investigación durante el curso de la implementación, estos deben de ser también informados inmediatamente a este comité. El comité se reserva el derecho de supervisar de manera inopinada la progresión de la investigación en cualquier momento y bajo cualquier modalidad. Nos permitimos recordar a los investigadores que la ejecución de un proyecto de investigación sin una aprobación ética vigente es una grave falta la cual puede ser sancionada con el cierre definitivo del estudio e imposibilidad de utilizar cualquier dato recolectado o generado en el mismo.

Esta aprobación tiene una duración de 18 meses a partir de la fecha de esta carta, la que puede ser renovada de ser requerido por los investigadores.

Sin otro particular, quedo de ustedes.

Atentamente

Eddy Roberto Segura Paucar, MD, MPH
Presidente del Comité de Ética
Facultad de Ciencias de la Salud

b. Aprobación de Comité de Ética del HNERM

RED ASISTENCIAL REBAGLIATI
"Año de la Consolidación del Mar de Grau"

RESOLUCIÓN DE GERENCIA DE LA RED ASISTENCIAL REBAGLIATI N° 85 -GRAR-ESSALUD-2016

Lima, **28 ENE. 2016**

VISTA:

La Carta N° 331 -OCID-GRAR-EsSalud-2016, mediante la cual se solicita a la Gerencia General de la Red Asistencial Rebagliati la aprobación y autorización para la ejecución del Proyecto de Investigación titulado: **"FACTORES ASOCIADOS A RETENCIÓN EN EL CUIDADO DE PERSONAS VIVIENDO CON VIH/SIDA EN EL PROGRAMA DE UN HOSPITAL DE LIMA"**, aprobado por el Comité de Investigación;

CONSIDERANDO:

Que, la Oficina de Capacitación Investigación y Docencia de la Red Asistencial Rebagliati ha procedido a evaluar la pertinencia de la aprobación del Proyecto de Investigación, titulado: **"FACTORES ASOCIADOS A RETENCIÓN EN EL CUIDADO DE PERSONAS VIVIENDO CON VIH/SIDA EN EL PROGRAMA DE UN HOSPITAL DE LIMA"**, aprobado por el Comité de Investigación, presentado por el **DR. Fernando Cruz Mendo Urbina**, Tutor y las Alumnas de la Escuela de Medicina de la Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas, **Isabel Mónica Parra Baltazar**, **Claudia Pinto Dongo**, **Sara Grecia Quispe Iporra**, como Investigadores Principales;

Que de conformidad con el numeral 1.2 del artículo 1° de la Ley N° 27056, Ley de la Creación del Seguro Social, EsSalud tiene la finalidad de dar cobertura a los asegurados y sus derechohabientes, a través del otorgamiento de prestaciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, prestaciones económicas y prestaciones sociales que corresponden al régimen contributivo de la Seguridad Social en Salud, así como otros seguros de riesgos humanos;

Que, el numeral XV del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, establece que el Estado promueve la investigación científica y tecnológica en el campo de la salud, así como la formación, capacitación y entrenamiento de recursos humanos para el cuidado de la salud;

Que, el literal d) del artículo 15° de la ley en mención, establece que toda persona usuaria de los servicios de salud, tiene derecho a no ser objeto de experimentación para la aplicación de medicamentos y tratamientos sin ser debidamente informada sobre las condiciones experimentales de éstos, de los riesgos que corre sin que medie previamente su consentimiento escrito o el de la persona llamada legalmente a darlo, si correspondiere o si estuviere impedida de hacerlo;

Que, con Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 546-PE-EsSalud-2011 del 22 de julio del 2011, se aprueba el Reglamento de Organización y Funciones de la Red Asistencial Rebagliati y con Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 341-PE-ESSALUD-2012, del 30 de marzo del 2012, se aprueba la modificación de la Estructura Orgánica de la Red Asistencial Rebagliati y la Micro Estructura Orgánica del Hospital Nacional "Edgardo Rebagliati Martins";

Que de conformidad con los incisos i) y j) del artículo 7°, Capítulo I, Unidad Orgánica de la Dirección, del Reglamento de Organización y Funciones de la Red Asistencial Rebagliati, establece que la Gerencia Asistencial, tiene entre otras funciones la de conducir y gestionar la implementación y desarrollo de las actividades del Sistema de Gestión de la Calidad y Seguridad del Paciente. Cautelar que las Guías de Práctica Clínica, Protocolos, Manuales, Guías de Procedimientos y demás instrumentos de gestión estén actualizadas para su operatividad asistencial y administrativa, así como aprobar, autorizar, determinar los diversos procesos de responsabilidad de la Red Asistencial, según correspondan, y establecer los mecanismos de información, control, medición, evaluación que correspondan;

Av. Rebagliati 490
Jesús María
Lima 11, Perú
T. 265-4901 / 265-4904

Instrumento de recolección de datos

Ficha: Retención en el cuidado en PWS

Investigadora:

Fecha de llenado: ____/____/____

____/____/____ día/ mes/ año

1. Código: ____

2. Fecha de ingreso al programa: ____/____/____ día/ mes/ año

3. Fecha de nacimiento: ____/____/____ día/ mes/ año

4. Sexo: ____ 0. Hombre ____ 1. Mujer

5. Estado civil: ____ 1. Soltero ____ 2. Conviviente o casado

6. Gestación al dx: ____ 1. Si ____ 0. No

7. Consumo de alcohol: ____ 1. Si ____ 0. No

8. Consumo de drogas: ____ 1. Si ____ 0. No

____ 3. Divorciado ____ 4. Viudo

	Visita 1	Visita 2	Visita 3	Visita 4	Visita 5	Visita 6	Visita 7	Visita 8	Visita 9	Visita 10	Visita 11	Visita 12
9. Fecha (día/ mes/ año):												
10. Peso (kg):												
11. Talla (m):												
12. TARGA (1.Si/0.No):												
13. Esquema:												
14. Número de pastillas:												
15. Hemoglobina (g/ml):												
16. Cuento de CD4 (cel/ml):												
17. Carga viral (copias/ml):												
18. Estado clínico de VIH (I, II, III, IV):												
19. Co-infección de TBC (1.Si/0.No):												
20. Administración de profilaxis con CMX (1.Si/0.No):												
21. Embarazo (1.Si/0.No):												
22. Distancia al establecimiento (< 5km):												
23. Seguro social activo:												
24. Retención en el cuidado:												

Act

Ve a (