COVID-19 Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS EN PERSONAS CON VIH DEL INSTITUTO PARA EL DESARROLLO HUMANO

COVID-19 AND CLINICAL-EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS IN PEOPLE WITH HIV FROM THE INSTITUTE FOR HUMAN DEVELOPMENT

Jhemel Garay-Quiroga[1], Edgar Valdez-Carrizo[2], Nayra Adriana Rojas-Escalier[3], Sulma Virgilia Vargas-Llanos[4].

1. Especialista en Medicina Tropical. Responsable del servicio de salud del Instituto para el Desarrollo Humano.
2. Magister en Salud Pública. Director del Instituto para el Desarrollo Humano.
3. Licenciada en psicología. Psicóloga del Instituto para el Desarrollo Humano.
4. Médico-cirujano. Médico de planta del Instituto para el Desarrollo Humano.

Correspondencia a:
Nombre: Dr. Jhemel Garay Quiroga.
Correo Electrónico: jhemelgaray@gmail.com
ORCID: https://orcid.org/0000-0002-7589-4948
Telf.celular: +591 77781143

RESUMEN

Introducción: La Enfermedad por Coronavirus 19 afecta también a personas con VIH.
Objetivo: Analizar el estado serológico de la infección y las características clínico epidemiológicas y sociales de las personas con VIH que acuden a la consulta del Instituto para el Desarrollo Humano, en la ciudad de Cochabamba-Bolivia, gestión 2020-2021.
Material y método: Estudio de tipo observacional-descriptivo, prospectivo-transversal, cuantitativo, no experimental. Se analizaron los resultados serológicos de Inmunoglobulina M e Inmunoglobulina G para la enfermedad por Coronavirus 19 y las características clínico-psicológicas, epidemiológicas y sociales de 145 personas con VIH; se realizó análisis bivariado para la obtención de datos.
Resultados: La seroprevalencia de la Enfermedad por Coronavirus 19 fue del 27%; el 79% corresponde al sexo masculino, el 95% son menores de 60 años. El 64% de las personas coinfectadas pertenece al grupo de hombres que tiene relaciones sexuales con otros hombres. El 74% eran casos sintomáticos. Los síntomas más importantes: dolor de cuerpo, fiebre, anosmia, tos seca, ageusia y ojos rojos; otras comorbilidades estuvieron presentes en el 23% de los coinfectados.
Conclusiones: La sintomatología es variable y las comorbilidades no influyen en la coinfección o la gravedad de la misma. La edad, el sexo, el recuento de linfocitos T CD4 y carga viral del VIH no se relacionan con ser factores de gravedad o protección frente a la Enfermedad por Coronavirus 19. Se debe realizar seguimiento a largo plazo para evaluar las secuelas que deja esta enfermedad.

ABSTRACT

Introduction: Coronavirus 19 Disease also affects people with HIV.
Objective: Analyze the serological status of the infection and the clinical, epidemiological and social characteristics of people with HIV who attend the consultation of the Institute for Human Development, in the city of Cochabamba-Bolivia, management 2020-2021.
Material and method: Observational-descriptive, prospective-cross-sectional, quantitative, non-experimental study. The serological results of Immunoglobulin M and Immunoglobulin G for Coronavirus 19 disease and the clinical-psychological, epidemiological and social characteristics of 145 people with HIV were analyzed; bivariate analysis was performed to obtain data.
Results: The seroprevalence of Coronavirus Disease 19 was 27%; 79% are male, 95% are under 60 years of age. 64% of coinfected people belong to the group of men who have sex with other men. 74% were symptomatic cases. The most important symptoms: body aches, fever, anosmia, dry cough, ageusia and red eyes; other comorbidities were present in 23% of the coinfected.
Conclusions: Symptoms are variable and comorbidities do not influence coinfection or its severity. Age, sex, CD4 T lymphocyte count and HIV viral load are not related to being factors of severity or protection against Coronavirus Disease 19. Long-term follow-up should be carried out to evaluate the sequelae left by this disease.

Palabras claves: COVID-19, VIH, comorbilidad, coinfección, factores de riesgo.

Keywords: COVID-19, HIV, comorbidity, coinfection, risk factors.

Procedencia y arbitraje: no comisionado, sometido a arbitraje externo.

Recibido para publicación: 13 de agosto de 2021
Aceptado para publicación: 28 de agosto de 2021

Citar como:
Garay-Quiroga J, Valdez-Carrizo Edgar, Rojas-Escalier NA, Vargas-LLanos SV. COVID-19 y características clínico-epidemiológicas en personas con VIH del Instituto para el Desarrollo Humano . Rev Cient Cienc Med 2022; 25(2): 133-141

INTRODUCCIÓN

COVID-19 es la enfermedad causada por la nueva especie de coronavirus el SARS-CoV-2 (Coronavirus 2 del Síndrome Respiratorio Agudo Severo)[1], los primeros brotes de esta nueva enfermedad se reportaron en diciembre del año 2019 en Wuhan-China y en marzo del 2020 es declarada pandemia por la Organización Mundial de la Salud.

Los grupos poblacionales que presentan mayores complicaciones son las personas mayores de 60 años, personas con enfermedades respiratorias crónicas, problemas

cardiovasculares, diabéticos, personas con cáncer, enfermedades reumatológicas, hipertensos e inmunodeprimidos.

A un es controversial si las personas con VIH deberían ser consideradas como grupos vulnerables a la COVID-19[2]; sin embargo, las personas con VIH que se encuentran con un esquema de tratamiento antirretroviral (TARV) eficaz pueden encontrarse en menor riesgo que incluso la población general[3].

Se evidencia que las personas con VIH con recuento de linfocitos T CD4 mayor a 200 células tienen el mismo riesgo de complicaciones por la COVID-19 que el resto de la población; se incrementa el riesgo si la persona con VIH tiene otras comorbilidades como la edad avanzada u otras patologías[4]. Existe doble riesgo para adquirir la COVID-19 en los hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y otras poblaciones clave con VIH y que consumen drogas recreativas, dificultando su adherencia al TARV y en mantener un distanciamiento físico efectivo y otras medidas que disminuyan el riesgo de exponerse a la COVID-19[5]. El diagnóstico precoz y masivo de la COVID-19 es la estrategia más importante para la prevención y la atención de las personas infectadas y más aún con comorbilidades y patologías crónicas de base como el VIH. Para el diagnóstico adecuado de la COVID-19, es importante tomar en cuenta los antecedentes epidemiológicos del paciente, la detección del virus de forma específica, el diagnóstico serológico y el imagenológico. Para el diagnóstico etiológico de la COVID-19 el estándar de oro actual es la realización de Reacción en Cadena de la Polimerasa en Tiempo Real (RT-PCR) específica para el SARS-CoV-2. El inconveniente de este estudio es que solo lo realizan laboratorios específicos demorando el diagnóstico[6]. La realización de pruebas rápidas que evalúen la inmunoglobulina M (IgM) e inmunoglobulina G (IgG) específicas para la COVID-19 representa una alternativa rápida, accesible y económicamente aceptable; además nos permitiría evaluar el estado de inmunidad de la población frente a esta patología[7]. El objetivo de este estudio es analizar el estado serológico de la infección y las características clínico epidemiológicas y sociales de las personas con VIH que acuden a la consulta del Instituto para el Desarrollo Humano, en la ciudad de Cochabamba-Bolivia, gestión 2020-2021.

MATERIALES Y MÉTODOS

Este estudio es de tipo observacional-descriptivo, prospectivo-transversal, cuantitativo, no experimental.

El universo es de 230 personas con VIH atendidas en el Instituto para el Desarrollo Humano, de las cuales la muestra obtenida para el estudio son 145 personas, con un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5%.

La investigación se realizó en el municipio de Cercado-Cochabamba-Bolivia, en el Instituto para el Desarrollo Humano, entre el 1 de agosto del 2020 al 30 de junio del 2021.

Criterios de inclusión

Persona con VIH mayor de 18 años de edad, que acepta participar en el estudio, parte de la fila activa de pacientes del Instituto para el Desarrollo Humano, con historia clínica vigente y que se realice voluntariamente la serología para SARS-CoV-2 entre el 2020 y 2021.

Criterios de exclusión

Persona con VIH mayor de 18 años de edad, parte de la fila activa de pacientes del Instituto para el Desarrollo Humano, que no tenga historia clínica vigente y que no se realice serología para SARS-CoV-2 entre el año 2020 y 2021. Toda persona con VIH menor de 18 años de edad.

La población estudiada fueron 145 personas con VIH mayores de 18 años de edad que acuden regularmente a control médico, a quienes se realizó la serología para SARS-CoV-2; además tomando en cuenta: Edad, sexo, orientación sexual, comorbilidades, recuentos de linfocitos T CD4, carga viral plasmática para VIH del último año, antecedentes epidemiológicos y sociales, además del cumplimiento de las normas de bioseguridad para la COVID-19. También se tomó en cuenta la presencia o no de síntomas y signos de las personas con VIH reactivas para SARS-CoV-2.

Inicialmente se realizó la firma de consentimiento informado para participar en el estudio.

Desde agosto del 2020 se realizaron pruebas rápidas que identifican Inmunoglobulina M e Inmunoglobulina G específicas para SARS-CoV-2 (ACRO BIOTECH Inc. 2019-nCoV IgG/IgM Rapid Test Cassette) a 145 personas con VIH que acuden al Instituto para el Desarrollo Humano. Los resultados fueron registrados en las historias clínicas.

Todo paciente con Inmunoglobulina M positiva para SARS-CoV-2 con o sin sintomatología clínica sospechosa se envió para la realización de PCR-RT. Se reportaron con ficha epidemiológica al Servicio Departamental de Salud (SEDES) Cochabamba, se sugirió el examen para la COVID-19 a sus contactos.

A todo paciente con Inmunoglobulina G positiva (memoria inmunológica) se indagó si tuvo diagnóstico previo y en caso de no ser así, se envió para la realización de PCR-RT con su respectiva ficha de notificación epidemiológica.

Los datos demográficos, epidemiológicos, comorbilidades y de laboratorio más actuales se obtuvieron de las historias clínicas.

Los datos adquiridos fueron introducidos en el programa Epi Info 7.2.0.1 para ser analizados e interpretados en su totalidad.

El protocolo del estudio fue aprobado por el Comité de Bioética de la Facultad de Medicina de la Universidad Mayor de San Simón.

RESULTADOS

Se incluyeron en el estudio 145 personas con VIH obteniéndose los siguientes resultados de seroprevalencia para SARS-CoV-2: Reactivos a la Inmunoglobulina G 20%, solo Inmunoglobulina M 0,7% y para ambos anticuerpos 6%. Es decir que tenemos una seroprevalencia del 27% (39/145).

La coinfección VIH y COVID-19 en el sexo masculino es del 79% y 21% en el femenino. La edad media de las personas con VIH coinfectadas con la COVID-19 es de 40 años, esta coinfección se presenta en el 95% en menores de 60 años y el 5% en personas con edad igual o mayor a los 60 años.

La coinfección según la orientación sexual, estuvo presente en el 64% de HSH, 33% en heterosexuales y 3% en mujer transgénero.

El 74% de los coinfectados tuvieron algún síntoma y solo el 26% fue asintomático.

Tener sintomatología y resultado reactivo para la COVID-19, tiene una asociación estadísticamente significativa de riesgo (p=0.002444) OR=3.10 [IC 95%= (1.39-7.28)].

Se puede observar en el estudio que haber sido diagnosticado con la COVID-19 tiene una asociación estadísticamente significativa con el dolor de cuerpo (p=0.004659) OR=3.02 [IC 95%= (1.31-6.96)], la fiebre (p=0.01030) OR=3.04 [IC 95%= (1.19-7.79)] y la anosmia (p=0.000008885) OR=9.14 [IC 95%= (3.24-28.25)]; esta asociación también es significativa con la tos seca (p=0.03220), la ageusia (p=0.04153) y los ojos rojos con lagañas (p=0.04153).

Además existieron variedad de situaciones psicológicas en los individuos estudiados durante la cuarentena pero sin asociaciones con significancia estadística **(Ver Tabla 1)**.

Las personas con VIH/COVID-19 presentan antecedentes de otras comorbilidades en el 23%. Estas comorbilidades son: Chagas 5%, artritis 3%, diabetes 3%, epilepsia 3%, obesidad con dislipidemia 3%, síndrome de desgaste 3%, sífilis 3% y síndrome de fragilidad relacionado con el VIH 3%.

Las personas con VIH y COVID-19 en su mayoría se encuentran estables con relación al recuento de linfocitos T CD4 y la carga viral del VIH; sin observarse relación estadística significativa **(Ver Tabla 2)**.

Las personas con VIH y COVID-19 el 31% tuvo miedo de contagiarse (p=0.03215); creer que ya se tuvo la enfermedad y haberse curado espontáneamente tiene una asociación estadísticamente significativa de riesgo con tener resultado reactivo para la COVID-19 (p=0.000004343) OR=5.76 [IC 95%= (2.62-13.14)].

El 73% no tuvo contacto con personas con COVID-19, el 9% indica que sí hubo contacto con una persona que tenía COVID-19 y el 7% con miembros del hogar donde vive. El 46% recibió visita externa a su domicilio. Durante la cuarentena, salió de casa solo el 68% de los encuestados, cuando le correspondía. Los medios de transportes utilizados fueron el transporte público 44%, a pie 37% y bicicleta 32%.

El 92% de las personas con VIH encuestadas cumplió con las medidas de bioseguridad para protegerse de la COVID-19 (barbijo, lavado de manos, uso de alcohol en gel u otros desinfectantes y el distanciamiento físico). El lavado de manos fue la única medida de prevención con significancia estadística (p=0.03220). El 8% no utilizó las medidas de protección adecuadamente.

Los medios más utilizados por las personas con VIH para informarse sobre la COVID-19 son la televisión 90%, el internet y las redes sociales 72%; en menor medida utiliza la radio 26% y el

periódico 15%, se informa por comentarios de otras personas el 24%.

Se observa en el estudio que tener resultado positivo para la COVID-19 e informarse a través del internet y redes sociales tiene una asociación estadísticamente significativa de riesgo (p=0.01756) OR=2.69 [IC 95%= (1.06-7.66)]; al igual que recabar información del comentario de otras personas (p=0.003034) OR=3.15 [IC 95%= (1.39-7.17)].

Con relación al impacto económico que tuvo la pandemia en las personas encuestadas: El 62% refiere que gastó sus ahorros, el 26% perdió la totalidad o la mayor parte de sus ingresos, el 25% no puede pagar los alquileres y créditos bancarios y solo para el 21% no tuvo ningún o muy poco impacto económico.

Solo el 60% de los encuestados fue a trabajar el último mes.

Las actividades laborales de las personas encuestadas fue bastante variada **(Ver Tabla N° 3)**.Las personas encuestadas responden que en caso de diagnosticarse la COVID-19 y tuviesen que realizar cuarentena por 2 semanas, el 28% tendría que seguir cuidando a otras personas, el 26% no podría aislarse del resto de personas de su domicilio y el 21% no podría realizarlo por razones económicas; además se observa que el tener resultado positivo para la COVID-19 y la dificultad para conseguir baja médica en el trabajo tiene una asociación estadísticamente significativa de riesgo (p=0.009999) OR=4.36 [IC 95%= (1.26-16)]. En relación al TARV para el VIH el 97% continuó su tratamiento sin interrumpirlo y el 3% dejó de tomar unos días. También se obtuvo que: el 33% recogió el TARV en fecha límite y el 6% recogió este medicamento con retraso. Las personas que interrumpieron el TARV, el tiempo que dejaron de tomar esta medicación fue de 1 a 5 días el 6% y 1% más de 30 días.

El tener resultado positivo para la COVID-19 y haber interrumpido el TARV entre 1 a 5 días tiene una asociación estadísticamente significativa de riesgo (p=0.01893) OR=4.98 [IC 95%= (1.09-26.48)]. Las causas más frecuentes de haber interrumpido el TARV son la falta de transporte para acudir a recoger la medicación 4%, el miedo de salir de casa 3% (p=0.03207) y el desconocimiento de las posibilidades de ayuda para el recojo de la medicación 1% (p=0.03549).

Solo el 49% realizó los exámenes de seguimiento para el VIH como estaba previsto, el 23% no pudo porque el laboratorio de referencia no estaba realizando los mismos, el 22% estuvo en espera de programar exámenes, el 3% perdió su fecha de programación por la cuarentena, el 2% no tenía solicitud de laboratorio y el 1% no respondió.

Tabla 1. *Situaciones psicológicas durante la cuarentena observados en las personas con VIH con resultado reactivo para COVID-19*

Situaciones durante la cuarentena	n	Porcentaje	Valor de p
Estrés	27/39	69%	> 0.05
Mayor uso de medios tecnológicos	17/39	44%	> 0.05
Ansiedad	15/39	38%	> 0.05
Tristeza	15/39	38%	> 0.05
Soledad	8/39	21%	> 0.05
Aumento de discusiones y peleas con personas del hogar	7/39	18%	> 0.05
Aumento del consumo de alcohol	3/39	8%	> 0.05
Aumento del consumo de medicamentos para dormir o tranquilizantes	2/39	5%	> 0.05
Aumento del consumo de cigarro	0/39	0%	<0.05

Nota. *Elaboración propia.*

Tabla 2. *Recuento de linfocitos T CD4 y carga viral plasmática en personas con VIH con resultado reactivo para COVID-19*

Recuento de linfocitos T CD4	n	Porcentaje	Valor de p
Mayor a 500 células	19/39	49%	> 0.05
Entre 499 y 200 células	16/39	41%	> 0.05
Menor a 200 células	4/39	10%	> 0.05
Carga viral plasmática			
Indetectable	28/39	72%	> 0.05
Detectable	11/39	28%	> 0.05

Nota. *Elaboración propia.*

Tabla 3. *Actividad laboral a la que se dedican las personas del estudio, en porcentaje*

Actividad laboral	Porcentaje
Comerciante	17%
Sector informal	17%
Independiente	17%
Desempleado	10%
Profesional del área de economía	8%
Personal de educación	8%
Chofer	7%
Personal de salud	3%
Estudiante	3%
Agricultor	2,8%
Rentista	1%
Funcionario público	0,7%
Religioso	0,7%
No responden	5%
Total	100%

Nota. *Elaboración propia.*

DISCUSIÓN

Con este estudio podemos analizar la prevalencia de la COVID-19 y las características clínico epidemiológicas y sociales en una población de personas con VIH.

La seroprevalencia de la COVID-19 en personas con VIH es del 27%, que es superior a la hallada en Italia 2%[8], en China 0,58%[9], España 1,8%[10], San Francisco (EEUU) 4,5%[11].

La edad media de las personas coinfectadas en nuestro estudio es de 40 años, evidenciándose que la coinfección VIH/COVID-19 se encuentra en el 95% en los menores de 60 años y los casos se aglutinan más en el sexo masculino 79%, similar a los resultados observados en varias cortes en diferentes regiones del mundo[12,13,14,15]. Es posible que la infección por la COVID-19 en los más jóvenes y varones se deba a que esta población es la que más se movilizaba durante la cuarentena en nuestro territorio y estuvo más expuesta al contacto entre personas.

Las personas coinfectadas con edad igual o mayor a los 60 años en nuestro estudio, no mostraron factores de gravedad con respecto a la COVID-19, como se observa en otros estudios donde el tener edad avanzada es un factor de riesgo importante para presentar casos graves

de la enfermedad[16].

Desde el punto de vista de la orientación sexual, la población que aglutina a la mayor cantidad de los casos de coinfección VIH y COVID-19 en nuestro estudio fue la de HSH (64%), evidenciándose que este grupo poblacional es bastante vulnerable tanto al VIH como a la COVID-19 y a las complicaciones de estas[17]. Observamos también que la edad, el sexo y la orientación sexual de las personas con VIH no tienen relación estadísticamente significativa con adquirir la COVID-19.

En el estudio observamos que el 74% de las personas con la coinfección VIH/COVID-19 tenía sintomatología y el 26% fue asintomático. La sintomatología con mayor importancia fue la anosmia, la fiebre y el dolor de cuerpo. Es importante subrayar que la presencia de síntomas como tos, dificultad respiratoria, dolor de garganta y dolor de cabeza observados con mayor frecuencia en otros estudios no fueron los principales para nuestra investigación[18,19,20].

Las personas coinfectadas presentaron diferentes situaciones psicosociales como el estrés, mayor uso de medios tecnológicos, ansiedad, tristeza, soledad y aumento de discusiones y peleas con personas del hogar. Estos hallazgos son similares a otras investigaciones, a las que se agrega el incremento de la escasez de alimentos y problemas económicos, siendo para las personas con VIH una carga emocional adicional el riesgo de adquirir la COVID-19 o el haberse infectado[21]. Por ello, es importante desarrollar estrategias en los servicios de atención a personas con VIH que proporcionen apoyo psicológico continuo, sobre todo en este contexto de sindemia, para mejorar el manejo del estrés y la depresión[22].

En nuestro estudio la comorbilidad con otras patologías en las personas con la coinfección VIH y COVID-19, es del 23%, inferior a lo observado en otra investigacion en la que la comorbilidad es del 85%[23].

Las comorbilidades halladas fueron: Chagas, sífilis, obesidad, dislipidemia, diabetes, síndrome de desgaste, síndrome de fragilidad, artritis y epilepsia. Estuvieron ausentes las comorbilidades cardiovasculares como la hipertensión, las cuales son de mucha importancia en la coinfección VIH y COVID-19 en otras regiones[24, 25].

El 51% de las personas coinfectadas con VIH y COVID-19 tenía un recuento de linfocitos T CD4 inferior a 500 células. Estadísticamente pudimos observar que no existe una asociación significativa entre el recuento de estas células en las personas con VIH y haber adquirido la COVID-19 o su gravedad frente a ésta, visto en otras investigaciones[26]; pero a diferencia de otras cortes donde se muestra que un recuento de linfocitos T CD4 menor de 350 células se vincula con la gravedad de la COVID-19 en estos pacientes[27]. En nuestra muestra tampoco podemos atribuir que el recuento de linfocitos T CD4 sea un factor de protección frente a la COVID-19 como se observa en otros estudios[28].

En las personas con la coinfección VIH y COVID-19, el 72% tenía carga viral plasmática indetectable, en consecuencia, la mayoría se encontraba con adecuado control virológico con relación al VIH. Es un hallazgo similar a otras investigaciones, en las que no se puede atribuir a la carga viral para el VIH con una respuesta buena o grave frente a la COVID-19[29,30].

Con relación a las medidas de prevención de la COVID-19, el 92% de las personas con VIH utilizó adecuadamente el uso del barbijo, lavado de manos, uso de alcohol en gel, otros desinfectantes y el distanciamiento físico. Observamos que el lavado de las manos, es estadísticamente significativo.

Solo el 68% salió de casa en caso de necesidad, obedecieron las medidas de cuarentena impuestas en el país. Algunos estudios demostraron que mantener la distancia física como medida de prevención de la COVID-19 en las personas con VIH significa una sobrecarga para su salud mental, por el estrés y la soledad[31].

En el análisis fue interesante hallar que el recabar información sobre la COVID-19 del internet, las redes sociales y el comentario de otras personas es un factor de riesgo para tener un resultado positivo a la enfermedad. El confiar como fuente de información en las redes sociales tiende a ser bajo como se pudo observar en una encuesta donde esta llego al 43% en esta confianza[32].

En el 79% de las personas del estudio, la pandemia de la COVID-19 tuvo algún tipo de impacto económico, repercutiendo en gastos de ahorros, pérdida de liquidez o pérdida de ingresos, por lo cual solo el 60% de todos los entrevistado trabajó en el último mes, ya que la mayoría de ellos carece de un trabajo asalariado porque son comerciantes y pertenecen al sector informal o trabajan de forma independiente.

Las repercusiones de la COVID-19 en las personas con VIH tuvieron mayor impacto que en la población sin VIH, sobre todo en los aspectos socioeconómicos. Muchas personas con VIH ya sufrían de falta de recursos económicos, que fueron agravados por la cuarentena de manera específica en el trabajo informal, que determinó escasez de recursos para alimentarse y difícil acceso a insumos de protección personal[33].

Solo el 3% de las personas entrevistadas en el estudio dejó de tomar unos días el TARV, esta interrupción fue de 1 a 5 días; similar al tiempo en días de interrupción observado en una corte China[34]. Por lo tanto, es un peligro adicional para las personas con VIH, la actual crisis sanitaria el comprometer la adherencia al TARV[35].

Como se observa en otros estudios, un factor importante para la alteración en la dispensación de antirretrovirales de forma continua fue la interrupción de los servicios de VIH o la reorganización de las atenciones durante esta pandemia[36].

La causa más importante para la interrupción del TARV fue la falta de transporte para recoger la medicación, debido a la cuarentena y a las limitaciones económicas de acceder al trasporte seguro[37,38]; otra causa fue el miedo de salir de casa, posiblemente por temor a contagiarse la COVID-19 o porque se consideraban en mayor riesgo[39,40].

Hubo también desconocimiento de la posibilidad de apoyo para el recojo de los antirretrovirales de la farmacia. Algunos estudios sugieren que para evitar el desabastecimiento del TARV en el paciente, esta medicación sea entregada a terceras personas o distribuidas por pares a domicilio41; incluso dispensar el TARV por más de 3 meses sería una buena estrategia para evitar que el paciente quede sin medicación[42].

CONCLUSIÓN

Nuestro estudio determinó la seroprevalencia de SARS-CoV-2 en una población de personas con VIH, además de sus características clínico-epidemiológicas y sociales, demostrando que la sintomatología es variable y las comorbilidades también son diferentes y en muchos casos éstas no influyen en la coinfección o la gravedad de la misma.

Es muy importante la salud mental de las personas con VIH que durante esta crisis por la COVID-19 se incrementó la sobrecarga emocional por las medidas restrictivas y el factor económico, además del miedo a adquirir la infección.

Como pudimos observar la edad, sexo, recuento de linfocitos T CD4 y carga viral del VIH no se relacionan con ser factores de gravedad o protección frente a la COVID-19. Se sugiere estudios con mayor número de casos en seguimiento para observar mejor esta asociación.

La utilización de las medidas de prevención frente a la COVID-19 fueron utilizadas adecuadamente por las personas con VIH; el acceso al TARV y a los servicios de VIH debe ser continuo o reorganizado con prontitud para evitar desabastecimientos o falta de atención a esta población.

Se debe realizar seguimiento a largo plazo para evaluar las secuelas que la COVID-19 deja en las personas con VIH.

REFERENCIAS

1. Anand KB, Karade S, Sen S y Gupta RM. SARS-CoV-2: Camazotz's Curse. Med J Armed Forces India [Internet]. 2020 [citado 2020 Abr 30]; 76(2): 136-141. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.mjafi.2020.04.008

2. Zhu F, Cao Y, Xu S y Zhou M. Co-infection of SARS CoV-2 and HIV in a patient in Wuhan city. China. J Med Virol [Internet]. 2020 [citado 2020 Abr 30]; 92: 529-530. Disponible en: https://doi.org/10.1002/jmv.25732

3. Joob B y Wiwanitkit V. SARS-CoV-2 and VIH. J Med Virol. [Internet]. 2020 [citado 2020 Abr 30]; 92: 1415-1415. Disponible en: https://doi.org/10.1002/jmv.25782

4. Ballester-Arnal R, Gil-Llario MD. The Virus that Changed Spain: Impact of COVID-19 on People with HIV. AIDS Behav [Internet]. 2020 [citado 2020 Abr 30]; 24: 2253–2257. Disponible en: https://doi.org/10.1007/s10461-020-02877-3

5. Carrico AW, Horvath KJ, Grov C. et al. Double Jeopardy: Methamphetamine Use and HIV as Risk Factors for COVID-19. AIDS Behav [Internet]. 2020 [citado 2020 Abr 30]; 24: 3020–3023. Disponible en: https://doi.org/10.1007/s10461-020-02854-w

6. Bachelet VC. ¿Do we know the diagnostic properties of the tests used in COVID-19? A rapid review of recently published literature. Medwave [Internet]. 2020 [citado 2020 Abr 30]; 20(3): e7891. Disponible en: https://www.medwave.cl/link.cgi/English/Reviews/GeneralReviews/7891.act

7. Spicuzza L, Montineri A, Manuele R, et al. Reliability and usefulness of a rapid IgM-IgG antibody test for the diagnosis of SARS-CoV-2 infection: a preliminary report. J Infect [Internet]. 2020 [citado 2020 Abr 30]; S0163-4453 (20) 30231-0. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7177053/

8. Maggiolo F, Zoboli F, Arosio M. et al. SARS-CoV-2 infection in persons living with HIV: A single center prospective cohort. J Med Virol [Internet]. 2021 [citado 2021 May 20]; 93: 1145–1149. Disponible en: https://doi.org/10.1002/jmv.26352

9. Jiao Huang, Nianhua Xie, Xuejiao Hu, et al. Epidemiological, Virological and Serological Features of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Cases in People Living With Human Immunodeficiency Virus in Wuhan: A Population-based Cohort Study. Clin Infect Dis [Internet]. 2020 [citado 2021 May 20]; ciaa1186. Disponible en: https://doi.org/10.1093/cid/ciaa1186

10. Vizcarra P, Pérez-Elías M J, Quereda C, et al. Description of COVID-19 in HIV-infected individuals: a single-centre, prospective cohort. Lancet HIV [Internet]. 2020 [citado 2021 May 20]; 7(8): e554–e564. Disponible en: https://doi.org/10.1016/S2352-3018(20)30164-8

11. Sachdev D, Mara E, Hsu L, et al. COVID-19 Susceptibility and Outcomes Among People Living With HIV in San Francisco. J Acquir Immune Defic Syndr [Internet]. 2021 [citado 2021 May 20]; 86(1): 19-21. Disponible en: https://doi.org/10.1097/QAI.0000000000002531

12. Kanwugu ON, Adadi P. HIV/SARS-CoV-2 coinfection: A global perspective. J Med Virol [Internet]. 2021 [citado 2021 May 20]; 93(2): 726-732. Disponible en: https://doi.org/10.1002/jmv.26321

13. Ceballos ME, Ross P, Lasso M, et al. Clinical characteristics and outcomes of people living with HIV hospitalized with COVID-19: a nationwide experience. International Journal of STD & AIDS [Internet]. 2021[citado 2021 May 20]; 32(5): 435-443. Disponible en: https://doi.org/10.1177/0956462420973106

14. Ssentongo P, Heilbrunn ES, Ssentongo AE, et al. Epidemiology and outcomes of COVID-19 in HIV-infected individuals: a systematic review and meta-analysis. Sci Rep [Internet]. 2021 [citado 2021 May 20]; 11(1): 6283. Disponible en: https://doi.org/10.1038/s41598-021-85359-3

15. Hu Y, Ma J, Huang H, Vermund SH. Coinfection With HIV and SARS-CoV-2 in Wuhan, China: A 12-Person Case Series. J Acquir Immune Defic Syndr [Internet]. 2020 [citado 2021 May 20]; 85(1): 1-5. Disponible en: https://doi.org/10.1097/QAI.0000000000002424

16. Guo W, Ming F, Feng Y, et al. Patterns of HIV and SARS-CoV-2 co-infection in Wuhan, China. J Int AIDS Soc [Internet]. 2020 [citado 2021 May 20]; 23(7): e25568. Disponible en: https://dx.doi.org/10.1002%2Fjia2.25568

17. Iversen J, Sabin K, Chang J, et al. COVID-19, HIV and key populations: cross-cutting issues and the need for population-specific responses. J Int AIDS Soc [Internet]. 2020 [citado 2021 May 20]; 23(10): e25632. Disponible en: https://doi.org/10.1002/jia2.25632

18. Härter G, Spinner CD, Roider J, et al. COVID-19 in people living with human immunodeficiency virus: a case series of 33 patients. Infection [Internet]. 2020 [citado 2021 May 20]; 48(5): 681-686. Disponible en: https://doi.org/10.1007/s15010-020-01438-z

19. Byrd KM, Beckwith CG, Garland JM, et al. SARS-CoV-2 and HIV coinfection: clinical experience from Rhode Island, United States. J Int AIDS Soc [Internet]. 2020 [citado 2021 May 20]; 23(7): e25573. Disponible en: https://doi.org/10.1002/jia2.25573

20. D'Souza G, Springer G, Gustafson D, et al. COVID-19 symptoms and SARS-CoV-2 infection among people living with HIV in the US: the MACS/WIHS combined cohort study. HIV Res Clin Pract [Internet]. 2020 [citado 2021 May 20]; 21(5): 130-139. Disponible en: https://doi.org/10.1080/25787489.2020.1844521

21. Cooley SA, Nelson B, Doyle J, Rosenow A, Ances BM. Collateral damage: Impact of SARS-CoV-2 pandemic in people living with HIV. J Neurovirol [Internet]. 2021 [citado 2021 May 25]; 27(1):168-170. Disponible en: https://doi.org/10.1007/s13365-020-00928-y

22. Jones DL, Ballivian J, Rodriguez VJ, et al. Mental Health, Coping, and Social Support Among People Living with HIV in the Americas: A Comparative Study Between Argentina and the USA During the SARS-CoV-2 Pandemic. AIDS Behav [Internet]. 2021 [citado 2021 May 25]; 1-9. Disponible en: https://doi.org/10.1007/s10461-021-03201-3

23. Meyerowitz EA, Kim AY, Ard KL, et al. Disproportionate burden of coronavirus disease 2019 among racial minorities and those in congregate settings among a large cohort of people with HIV. AIDS [Internet]. 2020 [citado 2021 May 25]; 34(12), 1781–1787. Disponible en: https://doi.org/10.1097/QAD.0000000000002607

24. Morani Z, Patel S, Ghosh S, et al. COVID-19 in HIV: a Review of Published Case Reports. SN Compr Clin Med [Internet]. 2020 [citado 2021 May 25]; 1-11. Disponible en: https://doi.org/10.1007/s42399-020-00593-

6

25. Hu R, Yan H, Liu M, et al. Brief Report: Virologic and Immunologic Outcomes for HIV Patients With Coronavirus Disease 2019. J Acquir Immune Defic Syndr [Internet]. 2021 [citado 2021 May 25]; 86(2):213-218. Disponible en: https://doi.org/10.1097/QAI.0000000000002540

26. Xu Z, Zhang C, Wang FS. COVID-19 in people with HIV. Lancet HIV [Internet]. 2020 [citado 2021 May 25]; 7(8): e524-e526.Disponible en: https://doi.org/10.1016/S2352-3018(20)30163-6

27. Hoffmann C, Casado JL, Härter G, et al. Immune deficiency is a risk factor for severe COVID-19 in people living with HIV. HIV Med [Internet]. 2021 [citado 2021 May 25]; 22: 372-378. Disponible en: https://doi.org/10.1111/hiv.13037

28. Nagarakanti SR, Okoh AK, Grinberg S, Bishburg E. Clinical outcomes of patients with COVID-19 and HIV coinfection. J Med Virol [Internet]. 2021 [citado 2021 May 25]; 93: 1687-1693. Disponible en: https://doi.org/10.1002/jmv.26533

29. Mirzaei H, McFarland W, Karamouzian M, Sharifi H. COVID-19 Among People Living with HIV: A Systematic Review. AIDS Behav [Internet]. 2021 [citado 2021 May 25]; 25(1): 85-92. Disponible en: https://doi.org/10.1007/s10461-020-02983-2

30. Byrd KM, Beckwith CG, Garland JM, et al. SARS-CoV-2 and HIV coinfection: clinical experience from Rhode Island, United States. J Int AIDS Soc [Internet]. 2020 [citado 2021 May 25]; 23(7): e25573. Disponible en: https://doi.org/10.1002/jia2.25573

31. Shiau 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 [citado 2021 May 25]; 24(8): 2244-2249. Disponible en: https://doi.org/10.1007/s10461-020-02871-9

32. Gwadz M, Campos S, Freeman R, et al. Black and Latino Persons Living with HIV Evidence Risk and Resilience in the Context of COVID-19: A Mixed-Methods Study of the Early Phase of the Pandemic. AIDS Behav [Internet]. 2021 [citado 2021 May 25]; 25(5): 1340-1360. Disponible en: https://doi.org/10.1007/s10461-021-03177-0

33. Waterfield KC, Shah GH, Etheredge GD, et al. Consequences of COVID-19 crisis for persons with HIV: the impact of social determinants of health. BMC Public Health [Internet]. 2021 [citado 2021 May 25]; 21: 299. Disponible en: https://doi.org/10.1186/s12889-021-10296-9

34. Sun Y, Li H, Luo G, et al. Antiretroviral treatment interruption among people living with HIV during COVID-19 outbreak in China: a nationwide cross-sectional study. J Int AIDS Soc [Internet]. 2020 [citado 2021 May 25]; 23(11): e25637. Disponible en: https://dx.doi.org/10.1002%2Fjia2.25637

35. Ridgway JP, Schmitt J, Friedman E, et al. HIV Care Continuum and COVID-19 Outcomes Among People Living with HIV During the COVID-19 Pandemic, Chicago, IL. AIDS Behav [Internet]. 2020 [citado 2021 May 25]; 24(10): 2770-2772. Disponible en: https://doi.org/10.1007/s10461-020-02905-2

36. Qiao S, Li Z, Weissman S, et al. Disparity in HIV Service Interruption in the Outbreak of COVID-19 in South Carolina. AIDS Behav [Internet]. 2021 [citado 2021 May 25]; 25(1): 49-57. Disponible en: https://doi.org/10.1007/s10461-020-03013-x

37. Lesko C and Bengtson A. HIV and COVID-19: Intersecting Epidemics With Many Unknowns. Am J Epidemiol [Internet]. 2021 [citado 2021 May 25]; 190(1): 10–16. Disponible en: https://doi.org/10.1093/aje/kwaa158

38. Linnemayr S, Jennings Mayo-Wilson L, Saya U, et al. HIV Care Experiences During the COVID-19 Pandemic: Mixed-Methods Telephone Interviews with Clinic-Enrolled HIV-Infected Adults in Uganda. AIDS Behav [Internet]. 2021 [citado 2021 May 25]; 25(1): 28-39. Disponible en: https://doi.org/10.1007/s10461-020-03032-8

39. Patel RH, Acharya A, Mohan M, Byrareddy SN. COVID-19 and AIDS: Outcomes from the coexistence of two global pandemics and the importance of chronic antiretroviral therapy. J Med Virol [Internet]. 2021 [citado 2021 May 25]; 93: 641-643. Disponible en: https://doi.org/10.1002/jmv.26416

40. Prabhu S, Poongulali S and Kumarasamy N. Impact of COVID-19 on people living with HIV: A review. J Virus Erad [Internet]. 2020 [citado 2021 May 25]; 6(4): 100019. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.jve.2020.100019

41. Kowalska JD, Skrzat-Klapaczyńska A, Bursa D, et al. HIV care in times of the COVID-19 crisis - Where are we now in Central and Eastern Europe?. Int J Infect Dis [Internet]. 2020 [citado 2021 May 25]; 96: 311–314. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.ijid.2020.05.013

42. Traub AM, Ifafore-Calfee T and Phelps BR. Multimonth Dispensing of Antiretroviral Therapy Protects the Most Vulnerable From 2 Pandemics at Once. Glob Health Sci Pract [Internet]. 2020 [citado 2021 May 25]; 8(2): 176-177. Disponible en: https://doi.org/10.9745/GHSP-D-20-00160